



REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

TOME VII

1887

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, —

MDCCCLXXXVII.

8e Année. N° 1. 1er Janvier 1887.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

ROLE PHYSIOLOGIQUE DU MUSCLE ARYTÉNOIDIEN (1)

Par le Dr **MOURA**.

I. CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR LES ARYTÉNOÏDES.
II. ORDRE DE DISTRIBUTION NATURELLE DES AGENTS MOTEURS INTRINSÈQUES DE L'ORGANE DE LA VOIX.

Avant de vous faire connaître le rôle physiologique qni, à notre avis, appartient au muscle appelé *inter-aryténoïdien* ou plus brièvement *aryténoïdien*, tant au point de la respiration qu'à celui de la phonation, il est indispensable de vous exposer, chers et savants collègues, quelles sont les conditions anatomiques des cartilages aryténoïdes et dans quel ordre d'action sont distribués les agents qui font mouvoir les diverses pièces dont se compose l'organe de la voix.

Les deux cartilages aryténoïdes doivent être considérés comme les clefs de la principale porte d'entrée de la respiration d'une part, comme les chevilles et chevalets de l'instrument de la voix d'autre part.

Par sa disposition on écluse, par sa forme triangulaire et par sa situation profonde sur le trajet du canal aérifère, l'orifice de la glotte est le passage le plus dangereux que

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 27 octobre 1886.

traverse l'air respiré. En même temps que se produit ce passage, les vantaux de la porte peuvent subir, dans leur disposition anatomique, des modifications qui les transforment en bandes minces et vibrantes, analogues à l'anche des instruments de musique. Nous ne nous étendrons pas sur cet important sujet; nous aurons occasion, dans un travail plus complet, d'exposer la nouvelle théorie de la voix, telle que nous la concevons.

§ I. — *Aryténoïdes.*

Les aryténoïdes sont les deux plus petites des cinq pièces qui composent cette partie renflée du canal aérifère, appelée improprement *boîte laryngienne*, Situés en arrière de chaque côté du chaton de l'anneau cricoïdien, légèrement tordus sur eux-mêmes, ils ont une forme pyramidale ou triangulaire qui nous oblige à les considérer dans leur hauteur, leur base, leur sommet, leurs faces, leurs arêtes ou côtés, leurs angles ou apophyses.

1° *Axe vertical, tige, hauteur verticale.* — La hauteur du cartilage varie suivant l'âge, le sexe et les individus du même sexe. Muni du cartilage corniculé de Santorini, il mesure, verticalement et en moyenne, 11^{mm} chez la femme et présente, sur 58 larynx, 12 variétés de hauteurs, la plus petite étant de 6^{mm} et la plus grande de 18^{mm}.

Chez l'homme, il mesure 15^{mm}. Sa hauteur a présenté, sur 109 larynx, 12 variétés comprises entre les deux extrêmes 6 et 18^{mm}; elle est donc plus stable dans le sexe masculin.

2° *Hauteur oblique, arête ou bord antérieur.* — Sur le larynx féminin elle atteint 13 à 14^{mm} en moyenne et varie entre 9 et 19^{mm}.

Sur le larynx masculin je lui ai trouvé 16 à 17^{mm} et 14 variétés, la plus petite étant de 8^{mm} et la plus grande de 22^{mm}.

La comparaison des deux hauteurs, verticale et obli-

que, dans les deux sexes, montre combien la dernière est plus susceptible de développement, chez l'homme surtout. Cela vient de ce que l'apophyse vocale, ou angle antérieur, fait partie de cette hauteur oblique.

3° *Sommet.* — Il est représenté par le cartilage de Santorini, lequel est triangulaire aussi et a quelques millimètres à peine chez l'homme, tandis que chez certains animaux, le cochon par exemple, il forme un véritable prolongement corniculé et contourné en dedans.

4° *Base, angles ou apophyses.* — La base de l'aryténoïde ne présente pas, comme le ferait croire la forme pyramidale du cartilage, trois angles et trois côtés. L'un de ces angles, l'interne, est émoussé. L'angle externe se prolonge en forme de bec ou d'apophyse; il donne attache, en arrière, au muscle crico-aryténoïdien qui ouvre la glotte et, en avant, à ceux qui la ferment. Quant au troisième angle, l'antérieur, c'est le plus développé et le plus important à connaître. Il constitue, à lui seul, l'*apophyse antérieure ou vocale* et sa pointe se continue avec un petit cartilage sésamoïde, triangulaire, qui disparaît dans l'épaisseur de l'extrémité postérieure du repli de la glotte.

Plus ou moins développée suivant l'âge, le sexe et les sujets, cette apophyse forme, avec la face interne de la pyramide aryténoïdienne, une sorte de panneton qui fait partie de la glotte dite *inter-cartilagineuse*. Elle donne insertion au faisceau fibro-élastique de la lèvre glottique, ce qui lui a valu le nom d'*apophyse vocale.*

5° *Facette articulaire; articulation crico-aryténoïdienne* — La surface de la base de l'aryténoïde est oblongue et non triangulaire; elle présente, entre ses deux angles, c'est-à-dire entre l'apophyse vocale et l'apophyse externe, une petite dépression d'environ 5^{mm} chez la femme et de 6^{mm} chez l'homme, appelée *facette articulaire.* Cette facette est concave d'avant en arrière, recouverte d'une mince couche de substance cartilagineuse, luisante et

nacrée ; elle est en rapport avec une autre sculptée en sens inverse sur le bord supérieur du chaton cricoïdien et plus ou moins inclinée de haut en bas et de dedans en dehors. Les deux facettes aryténoïdienne et cricoïdienne, moulées l'une sur l'autre, sont maintenues unies par une capsule synoviale, lâche, et par des liens fibreux qui en font une articulation très mobile et très importante, dite *crico-aryténoïdienne.* En tournant et glissant l'une sur l'autre, elles permettent aux apophyses vocales de s'écarter, de se rapprocher et de suivre les cartilages dans le mouvement du quart de cercle qu'ils exécutent, tantôt en dedans, tantôt en dehors, autour du chaton qui sert de pivot.

La facette aryténoïdienne est plus petite et moins creuse chez la femme. La facette correspondante du cricoïde est convexe et oblongue ; son grand axe, dirigé transversalement, dans une inclinaison d'environ 50° à 55°, mesure 5^{mm}5 dans le sexe féminin, 7^{mm} à 7^{mm}5 dans le sexe masculin.

Entre les deux facettes cricoïdiennes de l'un et l'autre sexe, il y a une différence de 2^{mm} de développement, tandis qu'il n'y en a que 1^{mm} entre leurs facettes aryténoïdiennes. Aussi l'articulation du larynx féminin jouit-elle de mouvements moins étendus que celle du larynx masculin.

Le degré d'inclinaison de la facette du cricoïde est très variable ; il descend quelquefois à 30° et il s'élève aussi, sur certains larynx, jusqu'à 70° ; toutefois, je ne l'ai vu jamais atteindre 90°, c'est-à-dire l'horizontalité.

La conséquence de ce fait est la presque impossibilité d'un rapprochement direct et par glissement des deux bases aryténoïdiennes et l'inclinaison forcée, de bas en haut et de dedans en dehors, de l'axe vertical, à l'état de repos. Ce rapprochement ne peut s'effectuer qu'au moyen d'un déplacement qui, faisant pencher le cartilage en arrière ou en avant, redresse cet axe et rend plus facile le glissement et la rotation de la clef ou de la cheville cartilagineuse.

En outre, l'intervalle qui, sur le chaton, sépare le centre des deux facettes convexes est de 16mm sur le larynx féminin, de 20mm5 sur le larynx masculin. Cet intervalle peut varier depuis 9mm jusqu'à 22mm dans le premier, depuis 15mm jusqu'à 28mm dans le second. Cette grande distance entre les deux facettes est un nouvel obstacle, selon nous, au rapprochement des deux bases dans le sens horizontal et transversal, autrement dit par glissement.

Les mêmes difficultés ne se présentent pas entre les deux sommets; leur rapprochement se produit lorsque les aryténoïdes ayant été inclinés en avant par les adducteurs, l'action musculaire, en se continuant, incline en dedans les deux pyramides; cette action fait converger leurs sommets l'un vers l'autre, tandis que leurs bases arrêtées par la convexité et la déclivité de la facette cricoïdienne amènent par la résistance de celle-ci le renversement des aryténoïdes en dedans; et l'axe de rotation se trouve ainsi porté sur le côté interne des chevilles cartilagineuses.

6° *Levier horizontal aryténoïdien.* — L'apophyse antérieure, la facette articulaire et l'apophyse externe forment ensemble un levier du premier genre, légèrement coudé et à bras inégaux. Le point d'appui ou de rotation est au centre de la facette articulaire; le grand bras, situé en avant et en dedans, est représenté par l'angle antérieur et son apophyse, et le petit bras, situé en dehors, par l'angle externe et son bec apophysaire. Quand ce levier exécute un mouvement de rotation horizontale, l'arc de cercle décrit par l'apophyse vocale est proportionnel à la longueur de son grand bras. Or, la laryngométrie nous apprend que le côté de la glotte intercartilagineuse peut avoir chez la femme de 3 à 9mm, et chez l'homme de 4 à 12mm; l'axe de cercle décrit est donc très variable; il appartient à des cercles dont les rayons peuvent avoir de 3 à 12mm. On comprend dès lors combien il est difficile de déterminer, même approximativement, les

divers degrés de tension que doivent éprouver les replis de la glotte, et surtout de prédire, par cette voie physiologique, la quantité millimétrique de leur allongement pendant la phonation.

D'ailleurs, l'effet tensif produit sur l'anche, dans deux larynx dont les replis de la glotte ont une longueur identique, ne saurait être le même pour chacun d'eux, attendu que la proportion entre les parties membraneuse et cartilagineuse peut être fort différente, comme le démontre la laryngométrie. On ne pourrait donc affirmer que deux personnes possédant des lèvres vocales d'égale longueur auront le même son de voix.

7° *Face interne*. — C'est la moins étendue des trois faces de l'aryténoïde ; elle finit en haut vers le milieu du cartilage. En avant, elle se continue avec celle du cartilage sésamoïde qui pénètre dans l'épaisseur du ligament vocal et que l'on reconnaît facilement dans le larynx pendant la vie, ainsi que nous l'avons indiqué en 1864 (*v. Traité prat. de lar. et de rhin.*, p. 101).

Ordinairement lisse et plane, convexe parfois, elle prend, dans certains larynx du sexe masculin, une forme concave par suite du développement exagéré de son angle antérieur. De sorte que le tiers postérieur de l'orifice glottique est constitué par deux bords courbes qui, malgré le rapprochement énergique des lèvres de la glotte, maintiennent cet orifice ouvert pendant l'émission de la voix et pendant l'acte de la glutition. Dans le premier cas, la colonne d'air expulsée par le soufflet trachéo-pulmonaire sort en partie sans vibrer, et l'*attaque du son*, comme disent les artistes chanteurs, est *manquée*, c'est-à-dire pénible et difficile. Une fuite d'air se produit en effet dès le début du chant ou de l'émission.

Ce fait, que nous avons constaté sur le vivant il y a plusieurs années, n'a été relevé, je crois, par personne.

Un étudiant, aujourd'hui médecin et prosecteur de la Faculté, doué d'un tempérament artistique, ne savait à

quoi attribuer cette fuite qui précédait chaque fois l'attaque du son. Il vint me demander l'explication de ce défaut. Sachant très bien manier le miroir laryngien, il avait vainement essayé de la découvrir.

Placé devant l'image laryngoscopique de son larynx, je lui fis remarquer, au moyen du miroir du pharyngoscope, deux concavités très prononcées sur la face interne de ses aryténoïdes, et, entre elles, une ouverture ou plutôt un *Hiatus* que ses efforts d'émission ne parvenaient pas à fermer : une fuite d'air s'ensuivait et l'oreille en percevait très bien, chaque fois, le bruit. L'attaque du son lui était fatigante, difficile; elle l'obligeait à faire de grandes inspirations afin d'emmagasiner une quantité d'air suffisante, lui permettant de remédier le mieux possible à cette fatigue d'émission.

La glotte intercartilagineuse, improprement appelée *respiratoire* par Longet, reste donc ouverte chez un certain nombre de sujets pendant la phonation et aussi pendant l'acte de la glutition, contrairement à l'opinion de beaucoup de physiologistes.

L'orifice de cette partie postérieure de la glotte ne ressemble en rien à celui de sa partie antérieure. Celle-ci représente une fente d'autant plus étroite que ses bords sont plus rapprochés l'un de l'autre, soit qu'on l'étudie par en haut, soit qu'on l'examine par en bas. Celle-là est au contraire, vue d'en haut, un espace limité par les faces internes des aryténoïdes et non par des bords linéraires; pendant l'émission vocale ses côtés sont représentés par une surface triangulaire dont le sommet est en haut et la base en bas. C'est un passage, un *hiatus*, c'est-à-dire, un entrebaillement et non un orifice, encore moins une fente.

8° *Orifice de la glotte vu par en bas.* — En examinant l'ouverture de la glotte à travers le bocal cricoïdien pendant l'état de repos, on retrouve en avant la fente triangulaire limitée de chaque côté par le bord membraneux et arrondi des deux replis. En arrière, ce bord

membraneux fait coude et se confond avec un renflement pisiforme plus ou moins développé, lequel fait saillie en dehors de l'orifice glottique. Ce renflement d'aspect blanchâtre est séparé, en arrière, de la face interne du cricoïde par un petit espace, une sorte de fente, qui remonte en haut et simule une échancrure de quelques millimètres. Il est formé par l'apophyse antérieure, par les fibres élastiques qui s'y insèrent et par l'extrémité postérieure du muscle de la lèvre vocale; il est d'autant plus apparent que l'on agrandit davantage l'orifice glottique en simulant l'action des crico-aryténoïdiens postérieurs, c'est-à-dire en faisant exécuter aux deux aryténoïdes un mouvement de rotation en dehors. Il s'efface au contraire plus ou moins quand on rapproche les deux apophyses vocales par un mouvement de rotation en dedans; la forme triangulaire de la partie antérieure de la glotte se change alors en une fente plus ou moins étroite et celle de sa partie postérieure, prend celle d'un petit triangle toujours ouvert sur des larynx d'adulte.

Les dimensions de cette petite ouverture postérieure inter-aryténoïdienne varient suivant, d'une part, la longueur et la forme droite ou concave de l'apophyse vocale, et suivant, d'autre part, la distance qui sépare l'une de l'autre les articulations crico-arythénoïdiennes. A travers cette ouverture, on découvre, vers la région sus-glottique, la muqueuse inter-aryténoïdienne qui, par ses plis, ferme plus ou moins l'hiatus de la glotte respiratoire de Longet. La persistance de cet hiatus explique la pénétration des liquides et des débris d'aliments dans la trachée pendant l'acte de la glutition.

L'effacement et l'exagération du renflement sous-glottique, sont dûs, selon nous, aux différents aspects qu'affecte la glotte pendant la phonation et pendant l'inspiration. Dans le premier cas, l'apophyse vocale fait en dedans, avec le bord membraneux de l'orifice, un angle saillant et, en dehors, un angle rentrant dans

lequel se dissimule plus ou moins le renflement pisiforme; dans le second cas, l'angle devient saillant en dehors, rentrant ou obtus en dedans; de sorte que, pendant l'inspiration, l'apophyse antérieure de l'aryténoïde refoule du côté externe de la glotte les tissus, et s'enfonce dans l'épaisseur du faisceau musculaire de la lèvre vocale pour constituer le renflement sous-glottique; c'est un déplacement tout contraire qui a lieu pendant l'émission des sons.

L'orifice de la glotte, vu par en haut et par en bas, présente ainsi la même forme dans ses deux tiers membraneux, mais non dans son tiers postérieur ou cartilagineux. Le diamètre de l'orifice de la glotte respiratoire non vibrante est d'environ 5^{mm} plus grand dans le sexe masculin.

9° *Obliquité des lèvres vocales.* — J'ai rencontré cette obliquité, signalee par quelques auteurs, plus fréquente chez la femme que chez l'homme. On la met surtout en évidence par le moulage du porte-vent laryngo-trachéal. Elle consiste en une inclinaison des bords de la glotte, de bas en haut et d'avant en arrière. de telle sorte que la commissure thyréoïdienne des lèvres vocales est située plus ou moins au-dessous de la ligne horizontale, et surtout des deux articulations crico-arythénoïdiennes. Il résulte de cette disposition que l'horizontalité de la glotte ne peut s'obtenir que par une inclinaison en bas de l'apophyse antérieure, pendant que l'aryténoïde exécute son mouvement de rotation en dedans; ce cartilage glisse en avant sur la facette articulaire, et prend une direction qui l'éloigne de la verticale; il se redresse en arrière ensuite quand il reprend sa position de repos.

L'obliquité des lèvres vocales persiste pendant le chant, chez un certain nombre de personnes; les vibrations de l'anche ne sont plus alors perpendiculaires à l'axe du conduit trachéal, et les ondulations de la colonne d'air vibrante sortent dans des conditions qui,

peut-être, leur enlèvent une partie de leurs propriétés sonores. J'appelle l'attention des expérimentateurs sur ce point intéressant.

10° *Face antérieure ou antéro-externe.* — Elle est, tantôt antérieure, tantôt latérale, suivant que le larynx est en état de phonation ou de repos.

Entre la base et le sommet de cette face, il existe une dépression qui simule le dessin de la conque d'une oreille minuscule et porte le nom de *fossette;* cette dépression est occupée par l'extrémité postérieure du repli sus-glottiquo, plus connu sous les noms de *ligament supérieur* de la glotte, *corde vocale* supérieure et *fausse corde vocale.*

Au-dessous de la fossette auriculaire, la face antérieure donne insertion au muscle biceps thyréo-aryténoïdien, tandis que, au-dessus, elle fait partie de la paroi du vestibule.

11° *Face postérieure. Muscle aryténoïdien.* — Elle est concave dans le sens vertical, large de 6 à 9^{mm} à sa base, haute de 10 à 11^{mm} chez la femme, de 15 à 16^{mm} chez l'homme. Elle est luisante, excepté sur une petite partie de sa base destinée aux fibres les plus inférieures d'un muscle appelé *inter-aryténoïdien* ou simplement *aryténoïdien.*

Ce muscle est composé de deux ordres de fibres, les unes transversales et horizontales, profondes et antérieures, les autres obliques et croisées en sautoir ou en X, superficielles et postérieures. Les unes et les autres se confondent et s'unissent par des liens fibreux sur la ligne médiane chez certains sujets. La plus grande partie des premières s'insère au bord externe de chaque cartilage et non sur leur face postérieure, comme l'avancent la plupart des anatomistes; quelques-unes seulement, les plus inférieures, prennent pied sur la partie située au-dessus et en dedans de la facette articulaire. Elles constituent un faisceau quadrilatère dont le bord inférieur est séparé de celui du chaton du cricoïde par un

petit intervalle qui sert de passage aux vaisseaux et aux nerfs qui lui sont destinés.

Quant aux secondes, elles forment de chaque côté un faisceau triangulaire plus ou moins développé ; celui-ci s'insère sur l'angle externe de cette face et aussi sur le bord du châton, ainsi que je l'ai constaté maintes fois. De ces deux points elles se dirigent obliquement en haut vers le sommet du cartilage opposé, passent les unes devant les autres, s'entrecroisent sur la ligne médiane, contournent en partie ce sommet et vont se fixer, au moyen d'une et quelqnefois deux languettes tendineuses, soit dans la paroi du vestibule, soit au bord de l'épiglotte.

La disposition et la direction des deux couches de fibres du muscle aryténoïdien nous semblent indiquer quel peut être l'effet de leur contraction. Cependant il y a divergence d'opinion entre les physiologistes à ce sujet.

Avant de vous soumettre, chers et savants collègues, la solution du problème, permettez-moi de vous rappeler quels sont les nerfs qui président à la contraction du muscle qui nous occupe.

12° *Nerfs du muscle aryténoïdien.* — Ce muscle reçoit par sa face profonde ou antérieure deux ramuscules fournis, l'un à droite, l'autre à gauche, par un rameau qui vient de chaque nerf laryngé inférieur, autrement dit le récurrent.

Le rameau en question se détache au moment où le récurrent va passer dans un anneau fibreux, découpé en emporte-pièce dans le fort ligament postérieur de l'articulation qui unit la petite corne du cartilage scutiforme au cricoïde. Cet anneau est parfois si petit que le récurrent est comme étranglé, tandis qu'au-dessous il est renflé et simule un petit ganglion. J'ai rencontré cet étranglement plus souvent dans le sexe féminin ; la branche qui continue le nerf est très réduite et filiforme en sortant de cet étroit passage.

Le rameau se dirige en dedans, monte le long de la face postérieure du cricoïde, s'engage sous le bord infé-

rieur du muscle crico-aryténoïdien postérieur ; il se divise ensuite en deux ramuscules, dont l'un, antérieur, est très court, pénètre d'avant en arrière dans ce muscle, et l'autre, interne, continue son chemin vers l'aryténoïdien ; arrivé au bord du chaton du cricoïde, ce dernier s'infléchit en avant, traverse avec les vaisseaux le petit espace que laissent entre eux le chaton et l'aryténoïdien transverse, et se termine dans le muscle en pénétrant d'avant en arrière par sa face antérieure.

Ainsi, chose importante ! c'est le même rameau nerveux qui apporte la motilité au crico-aryténoïdien postérieur, muscle abducteur ou dilatateur par excellence, et à l'aryténoïdien.

§ II. — *Ordre de distribution des agents moteurs intrinsèques de l'organe de la voix.*

Ces agents ont été distribués par la nature sur trois plans bien distincts, suivant le rôle que les faisceaux musculaires dont ils sont formés doivent remplir.

Un premier plan, que j'appellerai *antérieur*, occupe, en avant et extérieurement, les côtés du cartilage de la pomme d'Adam et de l'anneau du cricoïde. Il est situé en dehors du larynx, c'est-à-dire sur la face antéro-latérale de la boîte laryngienne et constitué par un muscle double et puissant, le thyréo-cricoïdien. Les fibres de ce plan musculaire produisent l'allongement d'avant en arrière des lèvres de la glotte, en faisant exécuter au cricoïde un mouvement d'équerre très important, mais dont le sens a été mal compris par plusieurs physiologistes, par Bichat et Louget particulièrement.

Le second plan, que je nomme *interne* ou *médian*, occupe l'espace compris entre l'angle rentrant du cartilage Adamique, le bord supérieur du cricoïde et la face antéro-externe des aryténoïdes. Placé à droite et à gauche de la glotte, il est constitué, de chaque côté, par trois agents musculaires principaux dont les fibres motrices ont un même point d'attache mobile en arrière, sur la face

externe de l'aryténoïde, et un point d'attache fixe en avant, sur une assez grande étendue. Ses faisceaux musculaires se dirigent, les *inférieurs* obliquement en bas et en dehors sur le cricoïde, les *moyens* horizontalement vers l'angle rentrant du cartilage scutiforme, et sur la face externe du ligament vocal, les *supérieures*, enfin, obliquement en haut sur les côtés du vestibule et vers la partie supérieure de l'angle rentrant thyréoïdien. Chacun des trois agents, quoique ayant son action propre, n'en agit pas moins dans un but commun et produit le même résultat, l'*adduction* des lèvres vocales, c'est-à-dire leur rapprochement, leur tension, la constriction de l'orifice de la glotte en un mot.

Quant au troisième plan, autrement dit *plan postérieur*, il occupe la face postérieure du larynx. Il s'étend depuis le bas du chaton du cricoïde jusqu'au sommet de la face postérieure concave des aryténoïdes. Il est constitué par deux agents musculaires dont l'un, le crico-aryténoïdien postérieur est double, et l'autre, l'aryténoïdien, est simple, médian et comprend deux couches de fibres, les unes horizontales et transversales, et les autres obliques et croisées en X.

Ces deux agents musculaires ont aussi un point d'attache mobile commun, le côté externe de l'aryténoïde et la moitié postérieure de son apophyse musculaire. La contraction des fibres qui constitue ce plan postérieur a pour résultat l'*abduction*, c'est-à-dire l'écartement des lèvres vocales et par conséquent la *dilatation*, l'agrandissement transversal de l'orifice de la glotte.

Ici, je me trouve en contradiction avec bon nombre d'auteurs. Le rôle dilatateur est reconnu par tous comme appartenant au muscle crico-aryténoïdien postérieur; mais il n'en est pas de même quant à l'aryténoïdien. Pour la plupart d'entr'eux, la contraction de ses fibres transversales et obliques produit le rapprochement des deux aryténoïdes dans toute leur hauteur. Un petit nombre de physiologistes admettent ce rapprochement

entre les deux sommets seulement; de telle sorte que chaque aryténoïde se trouve incliné en même temps en dedans et en arrière, et ses deux apophyses vocales ou antérieures sont entraînées légèrement en dehors.

D'autres physiologistes, enfin, sont portés à croire que l'aryténoïdien rapproche les deux pyramides cartilagineuses par leurs bases seulement; ce serait donc un muscle adducteur et constricteur de la glotte.

En soumettant au courant électrique les deux ramuscules nerveux qui se distribuent aux fibres musculaires inter-aryténoïdiennes, Longet a vu, sur des larynx de bœuf, de cheval, etc., les deux cartilages se rapprocher fortement. Après une telle expérience, comment ne pas être de l'avis du physiologiste français?

En allant au fond des choses, on reconnaît que Longet a vu seulement à une partie du phénomène physiologique qui se produit dans le larynx humain. Son interprétation a une forme trop absolue et, si elle est vraie pour certaines espèces animales, elle ne l'est plus pour l'homme. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que je constate des erreurs scientifiques dans les affirmations des expérimentateurs. J'en ai déjà relevé plusieurs à propos de l'acte de la glutition, — permettez-moi de me servir de cette expression plus exacte que celle de déglutition — et en particulier du *rôle de couvercle* joué, soi-disant, par l'épiglotte.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir ce qu'il y a de dangereux, physiologiquement parlant, dans la voie de la comparaison de l'homme avec les animaux. Cette voie, excellente quand on l'applique aux questions d'anatomie et de physiologie générales, fausse la science quand elle descend dans les faits spéciaux non comparables. C'est ce qui est arrivé pour l'épiglotte.

Les deux ordres de fibres qui composent l'aryténoïdien ont chacun leur rôle spécial, ainsi que cela résulte de leur situation et de leur direction; ce rôle a pour but

commun le rapprochement par rotation en arrière des bords externes des deux cartilages, c'est-à-dire l'ouverture de la glotte inter-aryténoïdienne ou respiratoire.

Le faisceau musculaire transverse, par ses insertions sur l'arête externe de deux pyramides, en arrière de leur axe de rotation, porte les deux arêtes l'une vers l'autre, et fait tourner plus ou moins en arrière et de dehors en dedans les chevilles cartilagineuses, dans le même sens que les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs; il oblige leurs faces internes et leurs apophyses antérieures à se séparer, parce que se trouvant en avant de l'axe de rotation aryténoïdien, elles subissent un déplacement de dedans en dehors, c'est-à-dire en sens inverse du précédent et la psrtie postérieure de la glotte est ainsi entrebâillée, ouverte.

Les faisceaux obliques de l'aryténoïdien, agissant sur les deux extrémités des pyramides, inclinent celles-ci en dedans, l'une vers l'autre; ils rapprochent donc les deux cartilages par leurs sommets, mais ils n'ont aucune action sur leurs bases, lesquelles sont fixées par l'action des adducteurs du plan musculaire médian.

Lorsque les fibres obliques et transverses se conctractent en même temps, ce qui est leur état physiologique normal, elles ont pour effet commun d'incliner en dedans et un peu en arrière l'axe vertical des deux chevilles cartilagineuses; celles-ci éprouvent une sorte de renversement qui rapproche leurs extrémités supérieures et et sépare, au contraire, leurs bases en avant. C'est, en fin de compte, à l'ouverture de la glotte inter-aryténoïdienne qu'elles président, comme je vous le démontrerai dans quelques instants sur moi-même avec mon phalaryngoscope.

Il ne faut pas oublier qu'au moment où le muscle aryténoïdien intervient, les apophyses vocales sont en contact et les lèvres de la glotte tendues par les adducteurs; les faces internes des cartilages sont aussi appliquées l'une contre l'autre et elles ne peuvent être

rapprochées de nouveau. L'action adductrice attribuée à ce muscle, par Longet en particulier, est selon nous, un non-sens physiologique.

N'oublions pas non plus l'inclinaison de haut en bas et de dedans en dehors des deux facettes cricoïdiennes, inclinaison qui s'oppose au glissement direct ou horizontal des deux bases cartilagineuses l'une vers l'autre, ni la distance qui les sépare, 16^{mm} chez la femme, 20^{mm}5 chez l'homme.

Rappelons également : 1° Que le plan postérieur des agents moteurs, produisant l'abduction ou dilatation, comprend les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs et l'aryténoïdien ; 2° Que la motilité est apportée à ce plan musculaire par les divisions du même rameau nerveux.

Voilà, il me semble, un nombre de considérations suffisant pour se convaincre que le muscle, faisant l'objet de cette communication, appartient aux agents dilatateurs de la glotte. Ainsi, le conflit physiologique que les expérimentateurs ont cru exister entre l'aryténoïdien d'une part et les crico-aryténoïdiens postérieurs de l'autre, est contraire à la saine physiologie, à l'anatomie et à l'observation sur le vivant.

La démonstration expérimentale de ce que j'avance a été faite, il y a déjà vingt-cinq ans, en 1861 ; en voici la preuve :

« Si, en effet (*Cours de Laryng.*, p. 82, par le D[r] Moura), on maintient la glotte fermée complètement afin d'empêcher l'air d'arriver dans la poitrine ou d'en sortir, en laissant ensuite pénétrer ou échapper cet air par petites quantités, on voit la glotte inter-aryténoïdienne s'ouvrir brusquement ; en même temps, une petite colonne d'air pénètre ou sort avec un léger bruit de soupape. Pendant toute la durée de l'expérience, les cordes vocales conservent leur contact parfait. »

La fuite d'air n'est pas nécessaire pour produire l'écartement des bords de la glotte cartilagineuse ; l'action volontaire de l'aryténoïdien suffit. Cet écartement est

accompagné en effet d'un bruit de soupape ou mieux de clapet, très net, et ce bruit est dû à la brusque séparation des deux bords accolés ensemble. Pendant toute la durée de l'expérience ma respiration est volontairement arrêtée, suspendue; une bougie allumée peut être placée devant ma bouche et sa flamme reste immobile.

J'ai répété maintes fois cette expérience devant des médecins et des élèves. On voit très nettement les deux arytenoïdes s'écarter à leur base, ouvrir la glotte cartilagineuse, et leurs extrémités supérieures se porter en arrière et se rapprocher légèrement. Les deux chevilles éprouvent une sorte de renversement en arrière; ce qui permet de constater que leurs apophyses antérieures se détachent de la paroi postérieure et interne du cricoïde, se portent ensuite en haut et en avant et la glotte postérieure s'ouvre avec bruit.

Ces déplacements aryténoïdiens ne peuvent être attribués à la pression de l'air intérieur ou extérieur, car il n'y a qu'à maintenir cet orifice entièrement fermé et l'expulsion de l'air par le soufflet pulmonaire, quelque énergique qu'elle soit, ne parvient à écarter ni ses bords, ni les apophyses vocales. C'est donc bien le muscle aryténoïdien seul qui produit leur séparation.

L'intervention de ce muscle dans l'acte de la respiration a lieu dans les cas de fermeture complète de la glotte. Cette fermeture peut être la suite d'un état spasmodique ou paralytique, direct ou indirect, passager ou permanent, volontaire ou involontaire.

DE LA TRANSFORMATION DE POLYPES MUQUEUX EN TUMEURS MALIGNES (CARCINOMATEUSES OU SARCOMATEUSES)

Par M. le Dr **BAYER**, de Bruxelles

D'après une communication faite à la 59e réunion des naturalistes et médecins allemands à Berlin, septembre 1886.

Depuis la publication de Billroth *Sur la texture des polypes muqueux* (Berlin 1855), où la métamorphose des

polypes muqueux en tumeurs malignes est qualifiée de « mythe devenu traditionnel », la plupart des auteurs ont envisagé cette question à ce point de vue. Michel est le premier qui rapporta, en 1876, un cas où il paraît hors de doute, que des polypes muqueux ordinaires aient pu se transformer en tumeurs malignes. Un autre cas est décrit par Hopmann, en 1885, qui parle plus ou moins en faveur de cette éventualité. Schmiegelow (*Revue Mensuelle de laryng. d'otol.*, etc., 1885), traite la question déjà de plus près, et rapporte quelques faits observés par M. Schæffer. Malheureusement, dans tous les cas mentionnés il manque encore quelque chose pour nous convaincre. C'est aussi, en grande partie, la raison qui m'engage à faire connaître une observation, tirée de ma pratique, qui me semble remplir toutes les conditions désirées et dont j'ai l'avantage de pouvoir produire la pièce pathologique (1).

Au mois de juin 1884, un Monsieur R. de J..., âgé de cinquante ans, me consulta pour une tumeur nasale, que son médecin (un spécialiste de Bruxelles) voulait enlever au moyen d'une opération radicale. A l'inspection nasale je pouvais constater une tumeur qui descendait d'en haut jusqu'au niveau du cornet inférieur. La surface inférieure de la tumeur était ulcérée, granulée et saignait au moindre contact, mais quand on la déplaçait au moyen de la sonde, on pouvait voir qu'elle était vers sa partie supérieure, jaunâtre et transparente comme les polypes muqueux ordinaires.

Comme il n'y avait aucune urgence de procéder à une opération radicale, j'enlevai la tumeur au moyen de l'anse froide au niveau de son insertion. Quelques jours après on ne pouvait en découvrir aucune trace. Le malade est resté guéri jusqu'aujourd'hui.

En examinant la pièce on reconnaît facilement à l'œil nu un carcinome villiforme (Zottenkrebs) implanté par

(1) La pièce fut montrée à la section laryngologique et remise ensuite à M. Virchow, par M. B. Fraenkel, président.

une large base sur un simple polype muqueux. L'examen microscopique confirme complètement ce diagnostic.

Deux circonstances sont d'une importance capitale dans ce cas : 1° la nature maligne de la tumeur villiforme, et 2° l'absence de recidive, qui nous garantit que le terrain sur lequel le polype muqueux a poussé, était intact de toute infiltration maligne!

Pendant que j'étais occupé à préparer cette communication (septembre 1886) j'ai eu l'occasion d'observer un cas ayant une ressemblance marquée avec ceux de Michel, de Hopmann et de Schæffer. C'était une combinaison de carcinome épithélial et de polypes muqueux qui eux aussi étaient déjà infiltrés de cellules épithéliales. Les polypes muqueux existaient chez le malade (âgé de cinquante ans), depuis vingt ans, moment où apparurent des symptômes plus alarmants, qui le décidèrent à s'en occuper sérieusement. Chez ce dernier sujet, la question de savoir où le carcimone a pris naissance, doit rester pendante, bien qu'il soit probable qu'un polype muqueux en a été le point de départ.

Toutefois on ne saurait exclure l'hypothèse que les parois de la cavité nasale aient été les premières atteintes.

COMPTE RENDU DE LA 59e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

TENUE A BERLIN DU 18 AU 24 SEPTEMBRE 1886

SECTION D'OTIATRIE (1).

Séance du 20 septembre.

Présidence de M. LUCÆ.

1° M. SCHWARTZE (Halle s-S) : **Des bévues et des erreurs thérapeutiques.**

Le rapporteur combat l'emploi des poudres médicamenteuses mises en usage dans ces derniers temps, à tort et à

(1) D'après le *Tageblatt der 59, Versammbung deutscher Naturforscher und Arzte in Berlin,* 18-24 septembre 1886.

travers, dans les cas d'otite moyenne suppurée. C'est surtout l'acide borique préconisé par M. Bezold et l'iodoforme qui sont en vogue. Mais leur emploi, sous forme de poudre, est loin d'être sans danger, car, sous l'influence de ce traitement, on voit survenir, et cela assez souvent, des inflammations secondaires de l'apophyse mastoïde pouvant nécessiter son ouverture artificielle.

La cause de ces accidents est la conséquence de la rétention du pus. L'iodoforme est encore plus dangereux que l'acide borique. Aussi, doit-on prendre de grandes précautions dans l'emploi de ces deux médicaments. Dans les cas de perforations petites ou situées dans le segment supérieur du tympan, il vaut encore mieux ne pas insuffler de poudres médicamenteuses.

Dans la discussion, MM. Trautmann (Berlin), Gruber (Vienne), Lucæ (Berlin), Guye (Amsterdam), approuvent les idées de M. Schwartze.

M. Trautmann a vu bon nombre de cas d'abcès par congestion et de carie de l'apophyse mastoïde survenus au cours d'otite moyenne suppurée avec petites perforations du tympan, après l'insufflation d'acide borique. L'iodoforme devrait être abandonné complètement.

MM. Rohrer (Zurich) et Koll (Bonn) défendent le traitement à l'acide borique en poudre, pourvu qu'on n'en insuffle pas de trop grandes quantités.

Dans la seconde partie de sa communication, M. Schwartze parle contre l'emploi de l'alcool concentré dans les cas de polypes et de suppurations de l'oreille. Il n'a jamais vu disparaître de granulation polypoïde sous l'influence de ce traitement. Par contre, il a eu l'occasion d'observer, chez plusieurs malades traités de cette manière, de la pyémie et de la méningite avec terminaison fatale. Dans ces cas, l'alcool produisait la formation de trombus qui, en se putréfiant, étaient emportés par le torrent circulatoire et occasionnaient une intoxication septique.

M. Voltolini (Breslau) et M. Gruber (Vienne) sont aussi de l'avis que l'alcool absolu est inefficace dans les cas de polype d'oreille; mais ce médicament pourrait être essayé dans les otorrhées chroniques, après avoir employé vainement d'autres remèdes.

M. Katz (Berlin) recommande l'alcool dans les cas de petites granulations ou de reste de polype.

M. Trautmann fait observer que l'alcool absolu n'a pas, non plus, l'effet désiré dans les cas d'aspergillus nigricans.

2° M. Truckenbrod (Hambourg) parle **du nettoyage et de la désinfection des instruments employés en otiatrie et en laryngologie.**

Il recommande de laisser les instruments dans l'eau bouillante pendant cinq minutes. Pour nettoyer les tubes, il emploie la vapeur surchauffée, qu'il fait passer à travers en les appliquant à une petite chaudière.

3° M. Steinbrügge (Giessen). **Des affections labyrinthiques consécutives à la méningite cérébro-spinale.**

Le rapporteur se basant sur deux cas observés par lui, développe de quelle manière se détruirait le labyrinthe dans le cours de la méningite cérébro-spinale. L'un de ces cas avait la forme typique de la méningite cérébro-spinale. Chez l'autre malade, cette affection avait revêtu une forme fruste et lente. M. Steinbrügge croit qu'il faut distinguer deux modes de destruction du labyrinthe, d'une part l'inflammation purulente et d'une autre les processus nécrotiques. Ces derniers envahissent le périoste des canaux demi-circulaires osseux par suite de l'action directe du virus de ladite affection sur les petits vaisseaux. La stase et la thrombose qui se font dans ces vaisseaux engendrent la destruction du périoste et des parties du labyrinthe membraneux adhérentes. La nécrose n'est donc pas le résultat de l'inflammation purulente, mais elle est primitive. Ainsi s'expliquerait ce fait que dans bien des cas de méningite cérébro-spinale, on observe une surdité précoce et inguérissable.

La destruction des tissus labyrinthiques par le pus est due à l'action mécanique de ce dernier, s'il en existe une assez grande quantité. Les examens faits sur le facial, par exemple, prouveraient qu'une petite quantité de pus se trouvant entre les fibres et autour de ce nerf ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel. Au contraire, dans le second cas, observé par le rapporteur, une quantité plus considérable de pus semblait avoir amené, par action mécanique, une destruction partielle des fibres du nerf acoustique.

Une période ultérieure de l'affection labyrinthique est la néoformation du tissu lamineux qui à son tour est destiné à s'ossifier.

A la fin de sa communication, le rapporteur rappelle la courbe particulière de la température dans les cas de méningite cérébro-spinale sporadique. La température peut être peu élevée ou même rester normale pendant des intervalles de temps assez longs, bien qu'il existe une inflammation purulente des méninges et une destruction considérable du labyrinthe. En terminant, M. Steinbrügge présente les préparations microscopiques des malades qu'il a observés.

Dans la discussion, M. Barth (Berlin) fait observer que dans les cas de méningite due à l'otite suppurée, on trouve assez fréquemment durant huit à quatorze jours une température normale ou au-dessous de la normale et ne s'élevant parfois qu'aux derniers moments de la vie. La chute de la température sans décroissance des autres symptômes est un mauvais signe pronostic.

M. Schwartze dit que la méningite « ex-otitis » peut, dans des cas rares, se terminer fatalement sans que la température dépasse 38°. Dans les abcès cérébraux, on n'observe généralement pas de fièvre.

M. Truckenbrod a observé dans le cours de méningite cérébro-spinale, de l'otite moyenne suppurée aiguë, mais il ne croit pas qu'il y avait eu de rapport entre ces deux affections. La perception pour les sons graves était bien conservée.

M. Schwabach rapporte trois cas de surdité, suite de méningite cérébro-spinale. Dans un de ces cas l'enfant n'était malade que depuis trois à quatre jours. Il n'existait pas de fièvre, mais chez ce malade, contrairement à celui observé par M. Truckenbrod, la perception pour les sons aigus était conservée.

M. Keller (Cologne) a constaté de la fièvre dans les cas soignés par lui.

M. Lucæ n'attache qu'une importance relative à l'examen fonctionnel des personnes (surtout des enfants) devenues sourdes à la suite de méningite cérébro-spinale, car la plupart sont incapables de bien indiquer la hauteur des sons perçus.

M. Guye demande à ses confrères si on doit regarder les cas dans lesquels le processus morbide s'était terminé au bout de huit à dix jours, comme des exemples de méningite cérébro-spinale ou comme étant de simples inflammations labyrinthiques primitives.

M. Gottstein (Breslau) rappelle son relevé statistique de cas de surdités subites de ce genre, survenues d'une manière épidémique, à une époque où il existait de la méningite cérébro-spinale.

4° M. Lichtenberg (Budapest) : **Des troubles de l'ouïe chez les employés de chemin de fer au point de vue de la sécurité des voyageurs.**

Le rapporteur a examiné l'organe de l'ouïe de 250 employés de chemin de fer et a constaté chez 92, c'est-à-dire chez 36,8 0/0, des affections auriculaires ; 32 fois, il s'agissait des formes catarrhales, 3 fois d'une affection labyrinthique et 30 fois c'était l'oreille externe qui était atteinte. Etant donné, d'une part, cette fréquence d'affections de l'organe de l'ouïe chez les employés de chemin de fer, et, d'autre part, l'importance de signaux acoustiques pour le service, on peut en conclure que bon nombre d'accidents de chemin de fer sont dus, non à la négligence du personnel, mais à une altération de l'ouïe chez plusieurs d'entre eux.

(*A suivre.*) Dr Lichtwitz.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

Sur un procédé d'ablation du cancer de la langue,
par L.-G. Richelot.

L'auteur commence par rappeler que le cancer de la langue considéré, à juste titre, comme étant des plus graves, doit cependant être opéré quand la tumeur peut être enlevée en totalité et qu'elle ne s'accompagne pas de retentissement ganglionnaire ou viscéral. C'est qu'en effet, dans ces cas, les malades peuvent bénéficier d'une survie qui légitime l'opération. Le mieux que l'on pût désirer, serait de pouvoir faire le diagnostic du cancer à l'état naissant et d'opérer sans attendre.

M. Richelot désire appeler l'attention sur le meilleur procédé à employer dans les cas d'ablation partielle de la langue, alors que le cancer est assez limité pour qu'on puisse enlever tout le mal et dépasser largement ses limites. A ce propos, il fait d'un seul coup le procès à l'écraseur, au thermocautère, à l'anse galvanique et à la ligature élastique, qu'il considère comme des instruments hémostatiques insuffisants. Il leur préfère trois longues pinces courbes, construites sur les indications de M. Péan et qui sont placées : la première transversalement et en arrière de la tumeur; la deuxième longitudinalement et partageant la langue en deux moitiés inégales; la troisième est placée au-dessous de la tumeur et la sépare du plancher de la bouche. Le mal circonscrit, la tumeur est sectionnée en deça des pinces avec des ciseaux courbes.

Les pinces dans l'esprit de leur inventeur, devaient être laissées à demeure, puis retirées au bout de vingt-quatre heures, l'hémostase étant assurée. Mais il arrivait parfois qu'elles ne pouvaient être supportées par les opérés, et presque toujours elles étaient un instrument d'horreur pour ceux qui les entouraient. C'est pourquoi il aime mieux le procédé qui consiste à passer verticalement une série de crins de

florence au ras des deux premières pinces, dans le bourrelet lingual qu'elles circonscrivent; il unit ainsi en nouant les crins les deux lèvres de la plaie et peut ensuite enlever les pinces. Au-dessous de la troisième pince, il jette un fil de soie et fait une ligature en masse. Grâce à ce procédé, il a pu éviter les inconvénients qui résultaient de l'emploi des pinces à demeure, et, après s'en être servi dans trois cas, il est amené à conclure que l'usage des pinces longues, des ciseaux et de la suture, constitue le meilleur procédé pour l'ablation des épithéliomes circonscrits de la langue (*Union Médicale*, du 3 juillet 1886.) M. Natier.

Spasme clonique de la langue (*Spasmo clonico della lingua*),
Par M. le Dr Seppilli.

Le spasme clonique de la langue, qu'on rencontre si souvent dans les maladies convulsives, est très rare comme forme isolée, c'est-à-dire limitée seulement aux muscles de la langue et constituant une maladie idiopathique. La littérature médicale, en effet, selon l'A. note, ne possède que bien peu de cas de spasme clonique linguale idiopathique; ce sont les deux cas de *Berger*, le cas de *Erb* et celui de *Remak*. L'A. n'a estimé intéressante que la publication d'un cas observé par lui et qui (le cas) présentait aussi des caractères importants qui le distinguaient des cas connus jusqu'à présent.

Il s'agissait d'une femme âgée de trente-quatre ans, fille de père fou et recueillie elle-même à l'hôpital des fous d'*Imola*, pour troubles mentaux survenus : la première fois pendant la grossesse et la seconde après un accouchement et pendant la période de l'allaitement. A la seconde fois, ce spasme lingual se traduisit par les caractères suivants :

« La langue éprouvait des secousses musculaires rhythmiques ou volontaires, exclusivement limitées à la moitié droite de l'organe. A chaque contraction, la langue, dans sa moitié droite, était portée d'abord en arrière, et puis poussée en avant contre la moitié droite de la voûto palatine. A ce mouvement, que la moitié droite de la langue exécutait, dans le sens autéro-postérieur, s'en associait un autre qui poussait la

entre les deux soi
chaque aryténoïd
en dedans et e
vocales ou antérie
dehors.

D'autres physiolo
l'aryténoïdien rapp
neuses par leurs l
muscle adducteur e

En soumettant au
cules nerveux qui s
inter-aryténoïdienne
bœuf, de cheval, etc.
fortement. Après une
être de l'avis du phy

En allant au fond
a vu seulement à une
qui se produit dans le
a une forme trop ab
taines espèces anima
Ce n'est d'ailleurs pas
erreurs scientifiques d
teurs. J'en ai déjà rel
glutition, — permette
sion plus exacte que
culier du *rôle de co*
glotte.

Je n'ai pas besoin
dangereux, physiologi
la comparaison de l'
voie, excellente quan
d'anatomie et de physi
quand elle descend da
rables. C'est ce qui est

Les deux ordres de f
ont chacun leur rôle
leur situation et de le

gustatives de la corde du tympan proviennent du trijumeau. Il croit cependant que de nouvelles expériences seraient nécessaires (*Semaine Médicale* du 17 février 1886, *Soc. de Biologie*, 13 février.) M. Natier.

Spasme réflexe des muscles pétérigoïdiens internes consécutif à une affection de la cavité buccale *(Reflex spasm of the internal Pterygoïd muscles from disease of the oral cavity)*, par le Dr E. Reggs.

Il s'agit d'une dame chez laquelle les muscles pétérygoïdiens internes étaient dans un état de contraction permanente surtout marquée à droite. La cause parut devoir être rapportée à la douleur produite par une molaire. La contraction disparut après l'extraction de la dent.

L'auteur rapporte en outre l'observation d'un homme éprouvant de violentes douleurs de l'oreille gauche. La cause était due à une altération profonde située sur la langue vis-à-vis de la dernière molaire. Quant on irritait l'ulcération avec une sonde, le malade éprouvait de la douleur dans l'oreille correspondante, ce qui montrait bien que le trouble était d'origine réflexe. (*Northwestern Lancet*, septembre 15, 1886.) B. Del.

De l'angine sous-maxillaire infectieuse. De l'angine, dite de Ludwig, et des phlegmons sus-hyoïdiens en général, par Paul Tissier, interne des Hôpitaux.

C'est en 1836 que Ludwig, se basant sur quatre observations, s'efforça de constituer une nouvelle entité morbide. Les vues de l'auteur furent, de prime-abord, accueillies avec engouement de l'autre côté du Rhin; mais bientôt survint la période de réaction qui dure encore. M. Tissier, dans son travail, se propose de montrer que ce qu'il y a de mal fondé dans la dénomination d'angine de Ludwig, vient uniquement de ce qu'on a voulu la faire trop compréhensive. Il cite l'observation primitive de Ludwig et rappelle que cet auteur crut devoir ranger cette affection dans le cadre de l'érysipèle. Il fait ensuite l'énumération détaillée des partisans et des détracteurs de la théorie de Ludwig et termine son historique

en disant que seul, le professeur W. Roser, reste aujourd'hui le défenseur convaincu de la thèse ancienne.

M. Tissier aborde ensuite la description anatomique et clinique de l'affection, la définit un processus infectieux septique *forcément et toujours* identique à lui-même, quant à son germe pathogène, secondaire à une lésion primitive vulgaire de la cavité buccale. L'affection se montre chez des sujets jeunes et vigoureux, parfois à la suite de refroidissements, souvent sans causes appréciables. Le début est insidieux, mais au bout d'un ou deux jours survient une tuméfaction indolore d'abord, vers la région de la glande sous maxillaire, plus rarement dans la région parotidienne. L'auteur énumère longuement les symptômes auxquels elle va donner lieu, et les phases successives qu'elle va traverser. Le quatrième jour le tableau s'assombrit jusqu'au septième ou a lieu le développement rapide du processus gangréneux. Si la maladie doit se terminer par la mort, la température monte rapidement, et le dénouement fatal survient dans le coma. Il y a, au contraire, atténuation des symptômes quand l'évolution doit être favorable.

Revenant sur la symptomatologie, M. Tissier dit que la mort peut s'expliquer :

1° Soit par le fait de l'intoxication générale avec le cortège des signes ataxo-adynamiques;

2° Soit par symptômes laryngiens avec le tableau général de l'asphyxie.

3° Soit enfin par infection secondaire avec des symptômes pyohémiques.

A l'appui de ces distinctions capitales, il rapporte un certain nombre d'observations dont quelques-unes personnelles.

Passant ensuite à l'étude anatomo-pathologique de l'affection, il croit bon de rappeler d'abord les faits anatomiques indispensables pour comprendre les désordres causés par la maladie dans la région sous-maxillaire. Il s'attache, après avoir rapporté les résultats fournis par deux autopsies, a décrire minutieusement : 1° *les lésions locales*, 2° *les lésions à distance* que l'on peut rencontrer dans l'angine de Ludwig.

M. Tissier, voulant arriver à une dénomination exacte de la maladie dont il a entrepris l'étude en expose la pathogénie. Pour lui, il s'agit ici d'une maladie infectieuse. Le germe pathogène de cette maladie, n'a pas été isolé, il est vrai, mais d'autres caractères suffisent à confirmer cette hypothèse. En effet, la marche toute spéciale du mal, l'albuminurie signalée dans certaines observations, la présence de signes articulaires et surtout le caractère contagieux, sans parler d'autres signes moins importants plaident surabondamment en faveur de l'infection. Ce n'est point là l'affection qu'avait décrite Ludwig, aussi l'auteur se refuse-t-il à lui conserver son nom et l'appelle-t-il *angine sous-maxillaire infectieuse*. Il la croit due à la pénétration dans l'organisme d'un germe extérieur, de nature encore indéterminée, par la voie lymphatique ou les conduits glandulaires.

Au point de vue étiologique, à côté du germe et des surfaces béantes qui le reçoivent entre en jeu un troisième facteur, l'individu. Fréquente entre vingt et trente ans, cette maladie n'épargne pas l'enfance, mais semble respecter la vieillesse. Si on la rencontre plus fréquemment chez les hommes, c'est probablement parce qu'ils sont plus exposés que les femmes aux conditions de contagion. Les refroidissements répétés se trouvent relatés dans la majorité des cas.

L'affection est grave et son pronostic souvent fatal.

L'angine sous-maxillaire infectieuse, pourrait être confondue avec : A. Maladies générales infectieuses, telles que : *amygdalite infectieuse, oreillons sous-maxillaires au début, angine érysipélateuse*. B. Maladies locales : *fluxion dentaire, ostéo-périostite maxillaire, phlegmon traumatique sus-hyoïdien, adéno-phlegmon, amygdalite suppurée, hygroma thyro-hyoïdien, phlegmon thyro-hyoïdien, hygroma de la bourse séreuse de Fleischman*.

L'angine sous-maxillaire infectieuse, étant une maladie générale infectieuse, on devra, par des moyens prophylactiques, empêcher d'abord la pénétration de l'agent infectieux dans l'organisme.

Une fois la barrière franchie, il faudra, par des moyens

appropriés combattre et rendre impuissant cet agent infectieux (*Progrès médical*, nos 35, 36, 37 et 38, 1886).

M. Natier.

Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire. Présence d'un parasite, par le Dr Galippe.

L'auteur donne l'analyse d'un calcul sorti spontanément du canal de Wharton chez un homme de trente-neuf ans. Il était formé de couches concentriques, sans noyau central. G... a pu isoler et cultiver un parasite appartenant à la série des parasites bucaux, étudiés par MM. Malassez et Vignal (*La France médicale*, 3 août 1886, n° 88).

Des accidents causés par les calculs de l'amygdale, par M. le Dr Terrillon.

Les observations de calcul de l'amygdale sont nombreuses; d'après Robin, ils seraient dus à de petits cristaux calcaires que le microscope lui a fait découvrir au milieu des glandes amygdales et du pharynx. Passaguay pense, s'appuyant sur l'identité de composition externe, que leur origine est la même que celle des calculs salivaires ordinaires.

Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette. Ils sont rarement plus gros (Hoffmann, Pomard, Knaus). Leur composition chimique, d'après Robin, est la suivante :

Eau	25.0
Phosphate de chaux	50.0
Carbonate de chaux	12.5
Mucus	12.5
	100.00

Les symptômes auxquels donne lieu la présence des calculs sont de plusieurs sortes. C'est d'abord une angine simple, qui tantôt reste telle, tantôt s'accompagne de dyspnée, de dysphagie, d'œdème des replis pharyngo-laryngiens. Souvent, les angines se répètent pendant un très long intervalle de temps ne laissant au malade que des intervalles de repos plus ou moins considérables; chaque crise se termine souvent par l'ouverture d'un abcès; la guérison définitive ne se produit qu'après l'élimination du calcul.

Au cours de ce travail, M. Polaillon rapporte plusieurs observations dont une lui est personnelle. Nous la résumons ici :

« M. X..., cinquante ans, arthritique à la suite d'un violent mal de gorge, eut une violente inflammation qui sembla avoir déterminé un abcès de l'amygdale droite, qui, au lieu de céder après l'issue du pus, passa à l'état chronique. Plusieurs chirurgiens crurent à une affection maligne. L'amygdale gonflée présentait de véritables bosselures qui pouvaient donner le change. Mais au toucher, M. Polaillon sentit, vers la partie moyenne et postérieure de la tumeur, une petite pointe qui lacérait le bout du doigt. L'examen avec le miroir frontal lui permit d'apercevoir, à l'endroit où il avait senti la pointe, un corps blanc, jaunâtre, semblable à un corps étranger ayant longtemps séjourné dans les tissus.

Le corps étranger constaté fut extrait, sans anesthésie, à l'aide de pinces, après incisions préalables, faites au bistouri et avec des ciseaux droits. Le calcul extrait avait le volume d'une noisette. (*Arch. Gén. de méd.*, août 1886.)

Dr J. Ch.

Du chancre de l'amygdale, par le Dr Cæsar Boeck.

Il s'agit de trois observations de chancre amygdalien rapportées par l'auteur.

1er cas. — Une jeune fille de dix-neuf ans, *vierge*, vit son amygdale gauche se tuméfier, sans plaie ni érosion. Ganglion sous-maxillaire gauche tuméfié. Plus tard, apparurent les divers symptômes d'une infection syphilitique qui ne pouvait provenir que des enfants de la maison où servait cette jeune fille et qui étaient atteints de syphilis héréditaire.

2e cas. — Jeune fille de quatorze ans : tuméfaction du ganglion rétro-maxillaire gauche et de l'amygdale gauche, sur celle-ci excoriations à contour irrégulier, tous les symptômes de la syphilis.

3e cas. — Couturière, vingt-quatre ans ; grosse ulcération sur chacune des amygdales ; tuméfaction des glandes sous-maxillaires, syphilis avérée.

En dix ans, l'auteur a, dans sa pratique privée, vu 9 cas de chancre amygdalien, ce qui lui fait admettre la grande fréquence de la lésion. Il croit même que la *syphilis d'emblée* serait une syphilis causée par un chancre de l'amygdale.

Les chancres de l'amygdale proviennent probablement de ce que les personnes atteintes ont fait usage des mêmes ustensiles pour manger ou boire, que des personnes infectées.

Un des meilleurs signes, pour le diagnostic, est l'engorgement des ganglions en arrière de l'angle de la mâchoire. Seuls, les accidents secondaires, permettent de confirmer le diagnostic. L'auteur conseille l'emploi de l'atropine dans les éruptions syphilitiques (*Tidskrift for prakt medicin*,. n°s 15 et 16, 1885).

A. Graarud a aussi publié 3 cas d'inoculation syphilitique par les amygdales dans la même famille.

Le premier cas concernait un homme de vingt-quatre ans, dont l'amygdale gauche était recouverte d'une membrane adhérente; tuméfaction ganglionnaire, à gauche, en arrière de l'angle de la mâchoire. L'infection avait eu lieu par l'intermédiaire des ustensiles de cuisine.

2e *cas*. — La sœur du précédent, trente-cinq ans, vit apparaître, sur l'amygdale gauche, deux ulcérations avec fausses membranes diphtéroïdes; ganglion très tuméfié en arrière de l'angle du maxillaire gauche; tuméfaction des ganglions de la nuque.

3e *cas*. — Vieillard de quatre-vingts ans, père des deux précédents; rougeur très vive sur les deux amygdales qui sont un peu tuméfiées; pas d'engorgement ganglionnaire, pas de fausses membranes. Balanite et eczéma.

La contagion venait de l'usage des mêmes tasses et des mêmes pipes. (*Tidskrift for praktisk medicin*., 15 octobre 1885. — *Revue internationale des Sciences médic*., n° 32, 1886).

M. Natier.

Amygdalites infectieuses, par le Dr Dubousquet Laborderie.

L'auteur rapporte un nouveau fait venant à l'appui de la *théorie de Kannembug*, Ch. Bouchard et Landouzy qui

voient dans cette affection, si simple en apparence, la manifestation d'un état général. L'amygdalite infectieuse se développe surtout dans un milieu préparé d'avance surtout chez les individus atteints de misère physiologique. Le début est brusque, fièvre vive, courbature, céphalalgie, etc., gonflement des amygdales, tuméfaction ganglionaire, l'urine contient de l'albumine et des bactéries. Le traitement doit être franchement antiparasitaire. Quinine, résorcine, les toniques trouvent aussi leur indication dans la discussion. *Verneuil* cite un cas d'amygdalite infectieuse suivie de mort en quarante-huit heures et Bouchard prétend que l'angine simple est infectieuse. (*Congrès pour l'avancement des sciences*, Nancy, 1886.)

Des hémorragies dans l'angine phlegmoneuse,
par le Dr Moizard, médecin de l'hospice de Bicêtre.

La bénignité du pronostic de l'angine phlegmoneuse est chose reconnue de tous ; il faut cependant dire que les accidents qui peuvent l'assombrir, sont aussi graves qu'ils sont rares; parmi ceux-ci, l'auteur s'attache à signaler les hémorragies. Il rapporte une observation où le malade perdit plus d'un litre de sang et ne dut son salut qu'à une syncope prolongée. Il est, dit-il, permis de s'étonner de la rareté des hémorragies compliquant l'angine phlegmoneuse, quand on songe aux rapports de l'amygdale avec les gros vaisseaux du cou. Il explique la possibilité de la propagation des phénomènes inflammatoires en dehors de la loge amygdalienne, par un mécanisme analogue à celui fourni par M. Vergely, sur le même sujet, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*. — Il donne un résumé des observations relatées par cet auteur et conclut en faisant remarquer que si les hémorragies peuvent se produire lors de l'ouverture de l'abcès, elles peuvent aussi lui être consécutives, et qu'il n'est pas rare de voir une première hémorragie suivie d'une ou plusieurs autres. De plus, on saura qu'il est difficile de prévoir dans le courant d'une angine phlegmoneuse, la possibilité d'une hémorragie. Comme traitement, on emploiera les hémostatiques habituels et au

besoin, il ne faudra pas différer la ligature de la carotide (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, août 1886).

M. NATIER.

Sur un procédé expérimental très simple, pour constater, chez le chien, le jeu fonctionnel du voile du palais et de ses piliers, dans le second temps de la déglutition ou temps pharyngien, par le Dr J. V. LABORDE, chef des travaux physiologiques à la Faculté de Médecine de Paris, etc.

Après avoir rappelé que la question a donné lieu à des discussions interminables et à des divergences encore pendantes, M. Laborde dit que l'observation expérimentale bien faite sur l'animal était nécessaire pour fournir une solution définitive. C'est à Fiaux que revient l'honneur d'avoir bien compris et montré cette nécessité, mais l'expérience principale, celle qui consiste à découvrir le canal pharyngo-nasal au moyen d'une ouverture pratiquée au-dessus des narines, est des plus laborieuses et nécessite un traumatisme considérable. M. Laborde a modifié le procédé de la façon suivante : il fait la section du bulbe et pratique la respiration artificielle. En ce cas, il se fait spontanément des déglutitions successives, suscitées et entretenues par un écoulement abondant de salive. En maintenant la bouche ouverte et en tirant légèrement la langue par son extrémité, on constate que le voile s'élève en se croisant légèrement vers le milieu de sa face inférieure, en même temps qu'il se tend et se porte en arrière et en haut par son bord libre. Une condition indispensable de réussite de l'expérience, c'est de pratiquer, aussi exactement que possible, la section du bulbe au niveau de son collet.

Pour voir ce qui se passe du côté du bord libre du voile et de ses piliers postérieurs, il suffit (le bulbe étant sectionné) d'ouvrir, à l'exemple de Fiaux, la cavité laryngienne, en sectionnant et amputant sur les côtés le cartilage thyroïde. Cela fait, on a sous les yeux la paroi postéro-supérieure du pharynx avec le bord libre et les piliers du voile dans leur situation normale et de repos. Or, aussitôt que s'accomplit une déglutition, on voit : le pharynx se porter en haut et en avant, aller au-devant du voile, dont le bord libre est tendu

et tiré par les pharyngos-staphylins, en arrière et en haut de façon à former un angle ouvert en bas, constituant en haut les côtés d'un losange que complète, en bas, la muqueuse froncée du pharynx contracté et comme ramassé sur lui-même. Lorsque ce mouvement d'ensemble est très prononcé, on assiste exactement au mécanisme de fermeture d'un sphincter. — On se trouve donc, en résumé, en présence d'une fermeture losangique, réalisant une véritable occlusion sphinctérienne, bien différente du mécanisme dit du *rideau*, appliqué dans l'ancienne théorie au jeu des piliers postérieurs du voile. (*Tribune médicale* du 2 mai 1886).

M. Natier.

Ablation des tumeurs pharyngiennes,
par M. le Dr Verneuil.

A propos d'une observation précédemment rapportée par M. Monod, d'un malade en ce moment dans son service, M. Verneuil émet quelques considérations sur les tumeurs du pharynx. L'ablation en est très grave ; parce que l'antisepsie est difficile à obtenir dans la bouche. On peut cependant y parvenir sans avoir recours à la trachéotomie préventive. Comme exemple, il rapporte le cas d'un individu atteint d'adéno-myxome du pharynx, opéré par lui. Pour l'enlever il fit une incision partant de l'angle labial et suivant le bord du maxillaire inférieur; il enleva la moitié du voile du palais et aborda ainsi facilement la tumeur, il sectionna la mâchoire inférieure au-devant du masseter, lia la pharyngienne postérieure et énucléa facilement la tumeur. Le malade mourut en deux jours d'inanition. Le maximum de la fièvre avait été 38°1, un seul jour. (*Gaz. des Hop.*, 19 juin 1886).

De quelques cas d'angine couenneuse, par le Dr Simon.

L'auteur expose dans une leçon de clinique les caractères qui permettent de distinguer entre eux les produits diphtériques, pultacés, herpétiques, ceux qui sont dus à une cautérisation par le nitrate d'argent, les taches lactées que l'on aperçoit sur les amygdales des tout petits enfants et enfin le

muguet confluent. En résumé, l'auteur estime qu'il n'est pas toujours possible de se prononcer au début sur la nature de la maladie (*Gazette des Hôpitaux*, 8 juillet 1886, n° 79).

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Contribution à l'étude des névroses réflexes déterminées par les affections nasales. (*Contribut. alle sedis delle nevrose reflesse d'origine nasale*), par M. le Dr L. de Gennaro.

L'auteur résume sur cette question les observations cliniques de plusieurs auteurs, à partir de *Tissot*, *Trousseau*, *Hack*, jusqu'aux dernières études de Baratoux, Brebion, Lublinsky, Rossbach, etc., et il rapporte deux autres observations dont voici le résumé :

I. — Homme, vingt-trois ans, souffrait depuis cinq ans de spasmes glottiques, de dyspnée avec toux, voix gutturale et faible, céphalalgie, vertige, excitation générale et autres réflexes, c'est-à-dire larmoiement, éternuments et névralgies. Polype dans la cavité droite du nez. L'extirpation de la tumeur fit cesser les symptômes.

II. — Homme, soixante-quatre ans, souffrait depuis un an de spasme glottique, dyspnée et surdité rhinite très intense, hypertrophie inflammatoire et gonflement des cornets : pharyngite hypertrophique.

Après avoir analysé les divers symptômes de ces deux observations, et donné une explication, l'auteur rappelle les théories formulées sur la pathogénie des névroses réflexes. Il les classe en deux grandes sections. Dans la première, il comprend ceux qui admettent l'existence d'une zone réflexe du nez, très limitée (Hack, Baratoux, Brebion, Hering) ; dans la seconde, ceux qui pensent qu'on doit étendre cette zone à toute la muqueuse nasale (William, Lublinski, Rossbach, Kratschmer, Heymann).

L'auteur analyse ensuite ces diverses théories. Il conclut en disant que la théorie qui admet une zone réflexe bien limitée, aussi bien que celle qui l'admet diffuse, sont très insuffisantes à expliquer tous les phénomènes réflexes consécutifs aux affections du nez. Il admet aussi avec Rossbach, Lublinski, etc., un état hystérique ou névrosténique qui,

pour l'influence de la rhinopathie, se manifeste sous forme de névrose réflexe.

Il dit enfin que dans l'état présent de la science, on ne peut pas dire le dernier mot sur ce chapitre de la pathologie, sans attendre que *senescat tempus* (Naples, 1886).

Dr Cardone.

Traitement du coryza, par M. le Dr Lees.

L'auteur considère le coryza comme une névrose vasomotrice réflexe, due très souvent, à l'action du froid sur les nerfs cutanés.

Le traitement a pour but : 1° de calmer l'irritabilité nerveuse ; 2° de décongestionner la muqueuse; 3° d'arrêter l'écoulement. L'auteur, tout d'abord, prescrit 2 à 4 grammes de bromure de potassium ; il fait prendre toutes les heures jusqu'à sécheresse de la gorge 20 gouttes de teinture de belladone; enfin il fait badigeonner les fosses nasales avec une solution de cocaïne à 4 0/0. (*Semaine Médicale* du 17 février 1886).

M. N.

Sur un cas de diphtérie primitive de la cavité rhino-pharyngée, etc. (*Sopra un caso di difteria primaria del cavo naso-faringeo)*, par M. le Dr A. Trifiletti.

S'appuyant sur une observation clinique et sur divers arguments, l'auteur est arrivé à ces conclusions :

1° Le développement simultané ou successif de la fièvre scarlatine et de la diphtérie, et aussi de plusieurs exonthèmes aigus, constitue simplement une complication ;

2° Dans certains cas de diphtérie primitive, le diagnostic est très difficile surtout pendant des épidémies de fièvre scarlatine, etc. ;

3° La diphtérie nasale est grave, mais de moindre gravité que celle qu'on a admise jusqu'ici, surtout si e e se développe avec sécrétion muqueuse, etc. ;

4° Le traitement local de la diphtérie est justifié par la science et la clinique, et le traitement général est exigé par la nature pathogénique de la maladie;

5° Dans le traitement de la diphtérie, il ne faut pas parler

de remèdes spécifiques ou caustiques, mais de méthodes de traitements fondées en général sur l'antisepsie locale. La glace, qui au début modère l'inflammation, et la vapeur d'eau qui facilite le détachement des fausses membranes, sont des moyens très avantageux dans le traitement de la diphtérie. Dr Cardone.

Etude sur les tumeurs malignes primitives des fosses nasales, par le Dr Albert Claverie.

Après un historique auquel est consacré le premier paraphe de sa thèse, l'auteur entreprend l'étude anatomo-pathologique des tumeurs malignes qui se peuvent rencontrer dans les fosses nasales. Les plus communes sont : le sarcome rarement pur; viennent ensuite l'épithelioma et le cancer. Il s'attache à décrire les caractères macroscopiques et microscopiques de chacune de ces tumeurs, en signalant les différentes espèces reconnues par la classification. Dans un troisième paragraphe, il s'occupe de l'étiologie et de la fréquence de ces tumeurs. Le carcicome est très rare ; ses causes tout aussi obscures que celles du cancer ou du sarcome des autres organes.

A côté de l'état constitutionnel, on pourrait peut-être invoquer le traumatisme, l'extirpation, assez souvent répétée, de tumeurs bénignes ; les affections chroniques qui irritent et modifient les tissus ; les ulcérations syphilitiques.

Le sarcome myéloïde se rencontrerait de quinze à vingt-cinq ans ; le sarcome fasciculé de vingt à quarante ; le sarcome embryonnaire de quarante à quarante-cinq ans. L'âge mûr et la vieillesse semblent, à l'auteur, offrir un terrain plus propice au développement du carcimone et de l'épithélioma.

Les symptômes, au début, sont les mêmes que pour toutes les tumeurs des fosses nasales. Plus tard, on peut voir survenir du larmoiement, de la surdité, des troubles de la déglutition ; des épistaxis graves, de violentes douleurs dans la région sous-orbitaire. Il peut y avoir déformation et destruction même du squelette nasal. Le volume est excessivement variable.

—Les sarcomes sont généralement uniques et sessiles, mais lisses, de couleur rosée, très vasculaires. — Le sarcome malin se développe avec une rapidité extrême ; les ganglions restent indemnes et la santé parfaite. Il récidive facilement après l'ablation, ainsi du reste que toutes les tumeurs malignes du nez.

Le diagnostic peut, au début, présenter quelques difficultés en se rappelant cependant que les polypes muqueux ont leur insertion pédiculée sur la paroi externe des fosses nasales; tandis qu'au contraire, les tumeurs malignes s'insèrent sur la cloison, il sera facile, même au début, de ne pas confondre ces deux affections. Plus tard, l'absence de vascularisation à la surface, la teinte grisâtre, le facile déplacement, devait faire songer, d'après M. le Dentu, à des polypes simples. M. Claverie, se basant sur des observations faites à la clinique de M. Moure, ne croit pas, contrairement à l'opinion de l'auteur précédent, que les polypes simples ne puissent s'observer chez des sujets âgés de plus de dix-sept à dix-huit ans au maximum. Les cancers débutant comme de petites verrues, sont ordinairement uniques et ont de la tendance à s'ulcérer. Les carcinomes s'ulcèrent rapidement; les sarcomes, au contraire, conservent longtemps intacte leur écorce fibreuse. L'épithélioma a une marche très rapide et s'ulcère facilement; il détermine des douleurs précoces. Le diagnostic différentiel peut être parfois difficile. M. Claverie rapporte un cas qui semble le prouver surabondamment. Il signale les éléments du diagnostic différentiel qui permettent d'éviter la confusion avec les enchondromes, les abcès ou les gommes de la cloison, les corps étrangers, les rhinolites, les ostéomes, les kystes osseux, les papillomes, les adénomes, les polypes lupeux.

Les tumeurs malignes récidivent facilement; il est en outre, dans les fosses nasales, difficile d'enlever le mal au delà de ses limites; aussi, le pronostic est-il par cela même assombri. Il ne faudrait cependant pas le croire absolument fatal, car il existe des cas assez nombreux de guérison, surtout lorsque l'intervention a été hâtive et au besoin suffisamment répétée.

Extirpation radicale, quand la chose est possible, telle doit être la ligne de conduite à tenir à l'égard des tumeurs malignes des fosses nasales. L'auteur proscrit les cautérisations; il leur préfère le bistouri ou le couteau. Schmiegelow conseille la cuillère tranchante, l'anse froide, les cautères à la galvano-caustique. Si l'opération est possible, on agira par la voie nasale naturelle; dans le cas contraire, on ne devra pas hésiter à se donner du jour. Les méthodes composées, indiquées par l'auteur, consistent à attaquer le néoplasme par la bouche, le nez ou la face.

L'auteur termine sa thèse en rapportant onze observations dont deux provenant de la clinique de M. Moure (*Thèse de Bordeaux*, 1886.) M. Natier.

Nouveau cas de myasis (μυια, **mouche**), par le Dr Antonio Caréaga.

C'est un cas d'angine causée par la présence de larves dans les fosses nasales et les parties avoisinantes ; les lésions allèrent jusqu'à la destruction de la luette et du voile du palais, à l'exception des piliers. La question de la classification zoologique de cette larve n'a pas été résolue d'une façon certaine, faute d'un examen minutieux par une personne compétente; mais cette larve paraît être de même espèce que celle décrite par le Dr Lauro Maria Jimenez et dont il a appelé la mouche qui lui a paru différente de la *Lucilia Hominivora* de Coquerol *Lucilia Versicolor* (mais, en France, paraît-il, c'est la première désignation qui aurait été regardée comme la vraie). — Le Dr Caréaga n'a pas trouvé d'autres observations du même genre que celle des docteurs Saint-Pier (1855 et 56) et Chapuis à l'hôpital de Cayenne), celle recueillie à Monterey par le professeur D. Eleuterio Gonzalez, publiée dans la *Gaceta Médica de Méjico*, et celle observée à l'hôpital San-Andres et publiée par le Dr Louro Jimenez (même journal); en outre, d'après M. Herrera, un médecin français, lors de l'expédition française, aurait observé la même maladie à Orizaba, sur un soldat de l'armée (aussi avec destruction des tissus d'après la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie de Médecine de Mexic -- ans cette même Académie

M. Cordero a dit saveir que, sur la côte de Vera-Cruz et autres points de la terre chaude, les cas de myasis sont fréquents et qu'ils se rencontrent souvent surtout chez les moutons (*Gaceta Médica de Méjico*, 1er mars 1886).

Polype fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales Diagnostic. Extirpation par l'arrachement simple, sans opération préliminaire, clinique de M. le Professeur Richet. Communication à la Société clinique par M. Villar, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, sans antécédents morbides ou autres, qui, deux ans auparavant, sans causes appréciables, fut pris d'épistaxis ayant souvent reparu depuis. Il y a dix mois, la respiration devint difficile par la narine gauche, en même temps que se manifestait une sensation de corps étranger; plus tard, la narine droite fut aussi obstruée et le malade, par suite de la gêne qu'il éprouvait, se décida à venir à l'hôpital.

Après un examen attentif, le professeur Richet diagnostiqua un polype phlegmoneux de l'arrière-narine. La tumeur ayant été successivement attaquée par l'orifice postérieur et par l'orifice antérieur des fosses nasales, sans que l'extraction en pût être faite, M. Richet la retira en deux temps, en enlevant d'abord le prolongement nasal et en retirant ensuite la partie postérieure par la voie buccale.

Le polype, long de 12 centimètres, comprenait une partie antérieure allongée et une partie postérieure en forme de cœur de volaille. Le pédicule se trouvait à l'union de la portion allongée et de la portion renflée. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un fibro-myxome.

Comme suites opératoires, il faut signaler deux hémorragies légères et une troisième plus grave.

Cette observation inspire à M. Villar les réflexions suivantes; il est intéressant de noter: 1° L'insertion de la tumeur au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales; 2° sa consistance élastique; 3° l'absence de déformation du squelette. De plus, il existe ici des hémorragies contrairement à ce qui se passe dans les cas analogues. La forme du polype

doit aussi être signalée; à signaler aussi l'extirpation par arrachement simple, sans la moindre opération préliminaire (*France médicale* du 18 mars 1886, n° 32). M. N.

Nouveau procédé pour l'extirpation des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par M. le Dr Lœwenberg.

L'auteur rappelle les différents travaux publiés par lui, sur ce sujet. Les divers instruments employés jusqu'en 1878, pour l'opération des tumeurs de cette nature (couteau annulaire de Meyer, anse métallique, instruments de Danjol, de Delstanche, etc.), lui paraissent, pour diverses raisons, insuffisants et quelquefois nuisibles. La pince coupante de l'auteur ne le satisfaisait pas complètement, car, en essayant de détacher les végétations par la pression des deux coins formés par les mors, il arrive quelquefois qu'on ne réussisse pas à rapprocher ceux-ci suffisamment pour pouvoir couper, quelque force qu'on emploie. On est alors forcé d'opérer, non pas en coupant, mais en arrachant. L'auteur a été amené à un type de *couteau à tranchant intérieur et à appareil protecteur*. Cet instrument au lieu d'opérer par arrachement ou râclage pratique des sections nettes, le couteau consistant en une lame parfaitement tranchante; de plus, il rend impossible toute blessure accidentelle des organes qui forment la cavité buccale et l'isthme du gosier comme également des parois du pharynx et des pavillons des trompes d'Eustache. (*Le Progrès Médical*, 22 mai 1886). Dr J. Ch.

Rhinoplastie par transplantion d'un lambeau cutané emprunté à l'avant-bras, par le Dr Le Bec.

La malade, âgée de cinquante-deux ans, avait un éléphantiasis du nez. M. Le Bec se décide à l'enlever en respectant le squelette cartilagineux du nez et pratique la rhinoplastie par transplantation d'un lambeau cutané emprunté à l'avant-bras.

Après la cicatrisation, la malade présente l'état suivant : la sous-cloison est exactement reconstituée.

L'aile droite du nez a ses dimensions normales: l'aile gau-

che a manqué en grande partie et a pris une forme excavée ; le lôbule du nez est refait, mais il est moins saillant qu'à l'état normal.

En résumé, le lambeau ne s'est pas parfaitement greffé. Au bout de deux jours il s'était refroidi et sa partie superficielle s'était desséchée. Quant à la partie profonde, elle a rapidement contracté de telles adhérences que la partie desséchée ne s'est détachée que le trente-cinquième jour.

C'est un demi succès, mais grâce à la précaution que j'avais prise de conserver le cartilage intact la déformation n'est pas très choquante. (*Gaz. des Hôp.*, 7 septembre 1886).

D[r] J. Ch.

De la rhinoplastie sur appareil prothétique,
par le D[r] Poncet, de Lyon.

L'idée d'appliquer un appareil prothétique nasal, une charpente artificielle destinée à soutenir le lambeau nasal, appartient à M. Martin; à M. Leluvait revient l'honneur de la mise à exécution pour la première fois. M. Poncet a pratiqué, à son tour, avec succès, la rhinoplastie sur appareil prothétique, chez une jeune fille à qui la syphilis avait enlevé une bonne partie de la charpente nasale. Un appareil prothétique appliqué par M. Martin fut placé tout d'abord, et la rhinoplastie fut faite sur cet appareil. La malade possède à l'heure qu'il est un nez fort présentable, elle peut se moucher, n'éprouve ni gêne ni douleur, et l'appareil en platine est fort bien toléré ; il n'a jamais provoqué d'accident inflammatoire. De cette observation, M. Poncet conclut que dans les destructions étendues du dôme nasal, alors que l'ossature de soutien a disparu, on peut la remplacer par un appareil prothétique immédiatement appliqué et destiné à rester en place. Le platine doit être préféré à tout autre métal, argent, aluminium, etc.

L'adjonction de cette pièce artificielle rend possibles des restaurations contre lesquelles la chirurgie réparatrice avait été jusqu'à ce jour impuissante. (*Le Progrès Méd.* 23 oct. 1886.)

D[r] J. Ch.

Ostéotomie du nez, par le Dr Viennois.

M. Viennois, de Lyon, donne une description détaillée du procédé opératoire auquel M. Ollier a recours dans l'opération qui a pour but l'ablation, soit des polypes naso-pharyngiens, soit de toute autre tumeur des fosses nasales.

Le procédé, qui a en vue d'obtenir une voie large, consiste à détacher le nez de sa racine et de ses bords par deux incisions, en suivant le sillon naso-génial, et à le rabattre sur le menton. On peut ensuite, si cela est nécessaire, réséquer encore la cloison. Lorsque la tumeur est enlevée, il est facile, en cas d'hémorragie d'appliquer sur sa base d'implantation des éponges imbibées d'eau de Pagliari, et de les laisser en place pendant plusieurs heures, c'est-à-dire jusqu'à ce que tout danger d'écoulement de sang soit passé. C'est alors seulement qu'on remet le nez en place et qu'on l'y maintient à l'aide de sutures, ce dont sa vitalité ne paraît pas souffrir.

On connaît le procédé préconisé par Chassaignac dans l'ablation des tumeurs du nez; M. Viennois insiste sur les différences qu'il présente avec celui de M. Ollier et les avantages de ce dernier sur le premier (*Congrès de Nancy*, 15e session, 1886).

VARIA.

Traitement de la tuberculose par les injections gazeuses dans le rectum, par les Drs Bergeon, de Lyon et Cornil.

Trop nombreux sont les cas de tuberculose que les spécialistes pour les maladies du larynx sont appelés à traiter pour que nous ne donnions pas les nouveaux modes de traitement qui peuvent le plus efficacement lutter contre cette affection. Aussi voulons-nous reproduire pour ceux qui ne les connaîtraient pas, les communications faites sur ce sujet à l'Académie des Sciences par M. le Dr Bergeon et plus tard par M. le professeur Cornil, à l'Académie de Médecine.

Le traitement par les injections des médicaments gazeux dans le rectum est basé, dit M. Bergeon :

« 1° Sur ce principe de physiologie établi par Claude Bernard que l'introduction, par la voie rectale, de substances

mêmes toxiques n'offre pas de dangers tant que l'élimination pulmonaire n'est pas entravée; 2° sur ce fait d'observation qu'un courant de gaz carbonique pur peut être introduit en quantité indéterminée dans les voies intestinales sans provoquer de désordres, si l'injection est faite avec les précautions voulues.

» Je me suis servi de cette méthode dans plusieurs maladies, et je viens aujourd'hui donner les résultats que j'ai obtenus dans la phtisie pulmonaire.

» Après avoir essayé nombre de substances réputées balsamiques, parasiticides ou antiseptiques, j'ai fini par donner la préférence aux eaux minérales sulfureuses.

» Un courant de 4 à 5 litres de gaz acide carbonique traversant 250 à 500 grammes d'eau minérale sulfureuse est introduit dans le rectum deux fois par vingt-quatre heures. Quelques jours après l'emploi de ce procédé, j'ai constaté: 1° une diminution allant jusqu'à la suppression totale de la toux; 2° une modification profonde comme qualité et comme quantité de l'expectoration; 3° une suppression des sueurs; 4° un relèvement de l'état général et cela, non seulement dans la phtisie au début, mais dans la phtisie confirmée.

» Mon observation quotidienne et l'auscultation m'ont permis de constater la disparition progressive des râles humides. Les résultats m'ont paru suffisamment encourageants pour demander à ce qu'ils soient contrôlés. Dans une prochaine communication, je relaterai les résultats que j'ai obtenus dans d'autres maladies. »

M. le prof. Cornil a vérifié les expériences de M. Bergeon. Voici la communication faite par lui à ce sujet à l'Académie de Médecine :

« Lorsque l'on mêle à l'acide carbonique, gaz admirablement toléré par le rectum et le poumon, un gaz médicamenteux, ce gaz est éliminé par les alvéoles pulmonaires sur lesquelles il agit directement. M. Bergeon (de Lyon) a utilisé cette propriété pour faire traverser les bronches de ses malades par du gaz acide sulfhydrique.

» Les résultats obtenus par cette méthode sont des plus satis-

faisants : l'observation des malades montre que le rythme respiratoire est modifié favorablement, l'hématose est plus complète, plus facile; il se produit une sensation de bien-être qui s'accompagne d'une augmentation de force en même temps que disparaissent les accidents, tels que fièvre, sueur, etc.

» Voici d'ailleurs à ce sujet des observations recueillies par M. Chantemesse, à l'hôpital Saint-Antoine, où il a essayé la méthode sur des asthmatiques et des phtisiques :

» Deux malades entrés à l'hôpital pour attaques d'asthme très violentes ont eu, une demi-heure après l'injection intestinales de gaz carbonique chargé de vapeurs sulfo-carbonées, un soulagement très notable de la dyspnée. Le traitement ayant été continué les jours suivants, la respiration est devenue libre; les attaques n'ont pas reparu pendant toute la durée de la médication.

» Neuf malades du même service présentant les signes généraux et locaux de la tuberculose pulmonaire, avec présence de bacilles tuberculeux dans les crachats, ont obtenu par ce traitement une amélioration très grande. L'augmentation de poids du corps a été rapide, une livre et parfois un kilogramme par semaine. La toux et l'expectoration ont considérablement diminué.

» Les crachats contiennent toujours des bacilles de tuberculose. Ces malades sont en traitement depuis un mois et demi. L'un d'eux a augmenté de neuf livres en un mois et demi.

» Il faut être très circonspect dans la recherche des gaz employés, car si l'hydrogène est bien toléré la térébenthine, le chlore, l'ammoniaque, le brome, l'iode déterminent une inflammation de la muqueuse intestinale. Il est même nécessaire que la dose d'acide sulfhydrique ne soit pas trop considérable.

» Les premiers essais sont insuffisants pour conclure encore de la valeur absolue de la méthode, mais ils sont suffisants pour encourager les recherches sur des animaux rendus phtisiques.

» Nous avons institué avec M. Bergeon une série d'expé-

riences à ce sujet, et nous en ferons connaître ultérieurement les résultats. »

M. le Dr Garel (de Lyon) dans son service à l'hôpital a, lui aussi, expérimenté cette méthode : « C'est, dit-il (lettre particulière du 23 octobre 1886), un traitement d'une valeur que je crois incontestable, d'après les résultats que j'ai déjà obtenus dans mon service. » En présence de tous ces témoignages il est, je crois, du devoir de tout praticien d'expérimenter cette méthode (*Semaine méd.*, des 14 juillet et 20 octobre 1886).

Dr J. CHARAZAC.

Contribution à l'étude des tumeurs gazeuses de la région antérieure du cou, par le Dr PAUL FABRE (de Commentry).

Les tumeurs gazeuses du cou et de la partie antérieure du thorax, sans fractures de côtes, sont assez rares, pour que l'auteur croie intéressant de relater deux faits qui se sont présentés à son observation.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une fillette de trois mois chez laquelle, dans le cours d'une bronchite simple, s'était développée une grosseur à la région sous-claviculaire et sus-claviculaire du côté droit. Cette grosseur crépitante au toucher, n'était autre chose que de l'emphysème sous-cutané. Il disparut au bout de dix jours pour ne plus revenir. M. Fabre, croit qu'il y a eu, dans ce cas, rupture de la membrane thyro-hyoïdienne.

La seconde observation qu'il rapporte, fort intéressante, a trait à une absence congénitale de la première pièce du sternum chez un enfant âgé de quelques mois. Au-devant du cou et à la partie supérieure et médiane du thorax, existe un diverticulum aérien qui est distendu par l'air à chaque mouvement d'expiration et qui s'affaisse dans l'inspiration. — L'auteur rappelle les cas assez nombreux où on a constaté des difformités congénitales du sternum; mais il insiste sur ce fait, que l'absence totale de la première pièce du sternum et de cette pièce seulement, n'a jamais été signalée. De plus, dans le cas particulier, le cœur bat bien à sa place et dans le vide qui se trouve à la partie supérieure du thorax, on ne

sent la présence d'aucun des gros vaisseaux. Il faut encore signaler, sur la ligne médiane du thorax, la présence d'un raphé cutané, s'étendant de l'extrémité supérieure de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic (*Gazette médic. de Paris*, n° du 7 août 1886). M. N.

NOUVELLES

Nous avons la satisfaction d'annoncer que par arrêté ministériel du 6 décembre 1886, il a été créé, à la Faculté de médecine de l'Université de Gand, un cours théorique et pratique d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.

Notre sympathique collègue, M. le Dr Eeman, a été, par arrêté ministériel du 9 décembre, chargé de professer ce cours.

C'est là un bel exemple que les autres pays suivront certainement, car l'étude des maladies de ces organes s'impose peu à peu et nous ne doutons pas que la nécessité de cet enseignement devienne bientôt aussi impérieux que celui de l'Ophtalmologie.

Le 9e Congrès International des sciences médicales s'ouvrira à Washington, capitale des États-Unis d'Amérique, le lundi 15 septembre 1887, à midi.

Les Membres du Bureau désignés à l'avance sont :

Pour l'otologie : Président, M. S.-J. Jones, de Chicago; vice-président, J. Schnitzler, de Vienne; secrétaire, S.-O. Richy, de Washington.

Pour la laryngologie : Président, William H. Daly, de Pittsburg; vice-présidents, Coomes, de Kentucky; Hartmann, de Maryland; Roë, de New-York; Shurley, Michigan; Woolen, Indiana; secrétaires, W. Posterr, de Saint-Louis; H. Krause, de Berlin.

NOUVEAU JOURNAL

Depuis que les *Archives of Laryngology* avaient cessé de paraître, il n'existait pour l'Angleterre, l'Amérique et les autres pays dans lesquels la langue anglaise est employée, aucun organe spécialement consacré à l'étude de la laryngologie. Cette lacune va être comblée par la publication du *Journal of laryngology and rhinology*, dont le premier numéro est annoncé pour le mois de janvier 1887. Les noms bien connus des directeurs, MM. les Drs Morell-Mackenzie et Norris Nordenfeld sont à eux seuls un sûr garant du succès; ils ont d'ailleurs su s'adjoindre, dans les différents pays, des collaborateurs distingués, dont le concours actif donnera certainement au nouvel organe un rang honorable parmi les journaux analogues. C'est donc avec plaisir que nous souhaitons à la nouvelle feuille la bienvenue et une existence aussi longue que prospère.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol

LARYNGOMÉTRIE. — CONDITIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE LA VOIX HUMAINE (suite) (1)

Par le Dr MOURA

QUATRIÈME LIVRE

La trachée représente, selon nous, la partie du Basson composée :

1° De la grande et de la petite pièce fermées par le bout inférieur et formant flûte de Pan ou sifflet;

2° Du Bocal ou anneau cricoïdien sur lequel sont fixées les deux anches ou lèvres vocales, avec cette différence que, dans l'instrument de la voix, le cricoïde est mobile de bas en haut et les deux anches libres seulement à leur bord supérieur ou glottique.

Chapitre I. — Trachée; diamètres au niveau des 4e et 5e anneaux.

§ I. — *Diamètre ou calibre antéro-postérieur, chez la femme, 44 larynx.*

Fréquence...... 8 fois 16mm, 7 fois 13mm, 6 fois 15mm, 5 fois 12 et 14mm, 4 fois 11mm, 3 fois 17mm, 2 fois 10 et 19mm, 1 fois 7 et 8mm.

Extrêmes....... 7 et 19mm.

Variétés......... 12mm.

Moyennes : statistique 13mm 5, extrême 13mm, vraie 14mm.

2° Diamètre transverse :

Fréquence...... 8 fois 13mm, 7 fois 16mm, 6 fois 14mm, 5 fois 12 et 15mm, 4 fois 11mm, 3 fois 10mm, 2 fois 9mm, 1 fois 7, 8, 18 et 21mm.

Extrêmes....... 7 et 21mm.

Variétés......... 14mm.

Moyennes : statistique 13mm, extrême et vraie 14mm.

(1) Voir *Revue*, no 11, novembre 1886.

3° Égalité des deux diamètres, 22 larynx sur 44 :

Fréquence...... 6 fois 16^{mm}, 4 fois 13 et 14^{mm}, 2 fois 11, 15 et 17^{mm}, 1 fois 10 et 12^{mm}.

Extrêmes....... 10 et 17^{mm}.

Variétés......... 7^{mm}.

Moyennes : statistique 14^{mm}, extrême $13^{mm}5$, vraie $14^{mm}5$.

§ II. — *Chez l'homme, 108 larynx.*

1° Diamètre antéro-postérieur :

Fréquence...... 20 fois 17^{mm}, 17 fois 18^{mm}, 20 fois 20^{mm}, 13 fois 15^{mm}, 9 fois 19^{mm}, 8 fois 21^{mm}.

Extrêmes....... 10 et 23^{mm}.

Variétés......... 13^{mm}.

Moyennes : statistique 17^{mm}, extrême $16^{mm}5$, vraie 18^{mm}.

2° Diamètre transverse :

Fréquence...... 24 fois 18^{mm}, 16 fois 17^{mm}, 10 fois 20^{mm}, 8 fois 15 et 14^{mm}, 7 fois 21^{mm}, 6 fois 11 et 16^{mm}, 5 fois 19^{mm}, etc.

Extrêmes....... 10 et 26^{mm}.

Variétés......... 16^{mm}.

Moyennes : statistique 17^{mm}, extrême $17^{mm}5$, vraie 18^{mm}.

3° Egalité des deux diamètres, 38 larynx sur 108 :

Fréquence...... 9 fois 17^{mm}, 8 fois 18^{mm}, 4 fois 20^{mm}, 3 fois 15^{mm}.

Extrêmes....... 10 et 22^{mm}.

Variétés......... 12^{mm}.

Moyennes : statistique, 17^{mm}; extrême, 16^{mm}; vraie $17^{mm}5$.

§ III. — *Comparaison des diamètres de la trachée dans les deux sexes.*

Chez la femme, les deux diamètres, antéro-postérieur et transverse, ont 14^{mm} sur la moitié des sujets et $13^{mm}5$ sur l'autre moitié; ils diffèrent donc entre eux d'un demi-millimètre, en moyenne.

Chez l'homme, la différence entre les deux diamètres est également d'un demi-millimètre, en moyenne.

Quant à leurs dimensions, elles présentent, entre les deux sexes, une différence de 4^{mm}; le calibre trachéal serait donc,

chez l'homme, plus grand que celui de la femme, d'environ un quart, tandis que le calibre cricoïdien masculin n'est plus grand que d'un cinquième.

Leurs variétés de dimensions sont assez nombreuses chez la femme.

Il y en a 12 pour le diamètre antéro-postérieur, 14 pour le diamètre transverse, 7 seulement pour les deux diamètres lorsqu'ils sont égaux. Ces variations sont comprises entre 7 et 21^{mm}.

Chez l'homme, je n'ai constaté la régularité du conduit trachéal que sur le tiers environ des individus, c'est-à-dire, 38 fois sur 108; les diamètres variaient de 10 à 22^{mm}; c'est-à-dire 12 fois.

D'une manière générale, le diamètre antéro-postérieur avait un développement moyen supérieur à celui du diamètre transverse. C'était le contraire pour leurs dimensions extrêmes. Ainsi le diamètre transverse présentait 16 variétés comprises en 10 et 26^{mm}, tandis que le diamètre antéro-postérieur n'en avait que 13 comprises entre 10 et 23^{mm}.

En résumé, si la trachée de l'homme possède en plus 3 à 4^{mm} dans chacun de ses diamètres, son calibre présente moins de régularité que chez la femme.

Chapitre II. — Calibre trachéal et lèvre vocale.

L'influence que le conduit de la trachée exerce, à notre avis, sur les qualités de la voix de poitrine, m'a inspiré l'idée de rechercher les preuves de cette influence plus ou moins directe, dans les rapports millimétriques de la partie vibrante de la lèvre vocale ou de l'anche membraneuse, à l'état de repos et à l'état de tension, avec le calibre de la trachée.

Pour arriver à cette connaissance, j'ai considéré la trachée comme un tube régulier et je lui ai donné pour diamètre ou calibre la moyenne dimension des deux diamètres antéro-postérieur et transverse réunis. Le sexe féminin comprendra seulement 44 sujets, et le sexe masculin 108, comme nous l'avons déjà vu.

§ I. — *Chez la femme. — 44 larynx.*

1° Calibre trachéal :

Fréquence...... 10 fois 14^{mm}, 8 fois 13^{mm}, 7 fois 16^{mm}, 5 fois 12^{mm}, 3 fois 10, 11 et 15^{mm}, 2 fois 17^{mm}, 1 fois 7, 8 et 21^{mm}.

Extrêmes....... 7 et 21^{mm}.

Variétés......... 14^{mm}.

Moyenne : statistique, $13^{mm}5$, extrême et vraie 14^{mm}.

2° Lèvre vocale au repos et calibre trachéal :

Dimensions semblables :

6 fois 13^{mm}, 4 fois 12^{mm}, 3 fois 10 et 11^{mm}, 1 fois 8^{mm}.

En tout :

21 fois sur 44 sujets ou environ la moitié ou 1/2.

Dimensions égales ou identiques.

1 fois 11 et 14^{mm}, ou 1/22e seulement.

Lèvre vocale plus grande......................... 37 fois sur 44.

— — petite.......................... 5 fois sur 44.

3° Lèvre vocale tendue et calibre trachéal.

Dimensions semblables :

8 fois 13^{mm}, 6 fois 14^{mm}, 5 fois 12^{mm}, 3 fois 11 et 15^{mm}, 2 fois 16 et 17^{mm}, 1 fois 10^{mm}.

En tout :

37 fois sur 44 ou 9/11es.

Dimensions égales ou identiques :

8 fois sur 44 ou 2/11es.

Lèvre vocale tendue plus grande...... 23 fois ou 1/2.

— — petite....... 13 — 1/7e envir.

§ II. — *Chez l'homme. — 108 larynx.*

1° Calibre trachéal ou diamètre unique :

Fréquence...... 19 fois 17^{mm}, 18 fois 18^{mm}, 16 fois 15^{mm}, 14 fois 16 et 19^{mm}, 9 fois 20^{mm}, 6 fois 14^{mm}, 4 fois 21 et 22^{mm}, 1 fois 10, 11, 13 et 23^{mm}.

Extrêmes....... 10 et 23^{mm}.

Variétés......... 13^{mm}.

Moyennes : statistique, $17^{mm}3$; extrême, $16^{m}5$; vraie, 17^{mm}.

2° Lèvre vocale au repos et calibre trachéal.

Dimensions semblables :

16 fois 15^{mm}, 14 fois 16^{mm}, 12 fois 17^{mm}, 8 fois 19 et 20^{mm}, 7 fois 18^{mm}, 6 fois 14^{mm}, 1 fois 10, 11, 13 et 21^{mm}.

En tout :

74 fois sur 108 ou environ 2/3.

Dimensions égales ou identiques :

13 fois sur 108 ou 1/9e.

Lèvre vocale plus grande...... 27 fois sur 108 ou 1/4
— — petite....... 68 — ou 2/3 envir.

3° Lèvre vocale tendue et calibre trachéal.

Dimensions semblables :

18 fois 18^{mm}, 14 fois 19^{mm}, 11 fois 17^{mm}, 9 fois 20^{mm}, 4 fois 21 et 22^{mm}, 3 fois 16^{mm}, 1 fois 13, 14, 15 et 23^{mm}.

En tout, 67 fois sur 108 ou environ 2/3.

Dimensions égales ou identiques :

15 fois sur 108 ou environ 1/7e.

Lèvre vocale plus grande...... 71 fois ou 2/3.
— — petite....... 22 — 1/5e.

§ III. — *Comparaison du calibre trachéal et de la lèvre vocale dans les deux sexes.*

Le calibre trachéal mesure chez la femme 13 à 14^{mm} et chez l'homme 17 à 18^{mm}. Anatomiquement et physiologiquement, à l'état normal, la différence entre les deux calibres est de 3^{mm}5 à 4^{mm} et leur rapport se trouve représenté par 7/9es. Comparé à la proportionnalité 2/3 qui est celle des lèvres vocales entre les deux sexes, le rapport des diamètres ou calibre des deux trachées est plus élevé de 1/9e. Le calibre de la trachée de la femme serait ainsi plus petit que celui de la trachée de l'homme de 2/9es au lieu de 1/3. Les 4^{mm} de différence entre les diamètres de la trachée d'un sexe à l'autre se traduisent, au point de vue du calibre, autrement dit de la surface de cercle du conduit, en 11^{mm} carrés de plus chez l'homme (56^{mm} — 45^{mm} = 11^{mm} carrés).

La similitude entre la lèvre vocale et le calibre trachéal est représenté par 1 sur 2 pour l'état de repos, par 9 sur 11

pour l'état de tension dans le larynx féminin. Elle est de 2/3 et de 7/12es pour le larynx masculin. Il résulte de cette inversion des rapports que le plus important entre le calibre trachéal et la lèvre vocale est celui de l'état de tension de celle-ci, chez le sexe faible, et celui de l'état de repos, chez le sexe opposé. Ce rapport présente une différence de 1/11e en faveur de l'organe vocal masculin; il aura donc toute sa signification au moment de la phonation pour la femme, au moment de la respiration pour l'homme.

Envisagés au point de vue des différences que présentent entre eux le calibre trachéal et la lèvre vocale, j'ai constaté chez la femme, deux dimensions sur 44 ou 1/22e pour l'état de repos, et 8, pour l'état de tension ou 2/11es. Cette identité s'est rencontrée chez l'homme 13 fois ou 1/9e pour l'état de repos, 15 fois ou 1/7e pour l'état de tension.

On voit par là combien il y a loin des proportions de l'identité à celles de la similitude. Il faudra donc, dans l'application, se garder de prendre les unes pour les autres.

A l'état de repos, la lèvre vocale a été plus petite que le calibre de la trachée 37 fois et plus grande 5 fois, chez la femme. Je l'ai trouvée plus petite 68 fois et plus grande 27 fois chez l'homme, ou 2/3 et 1/4.

A l'état de tension, la lèvre vocale était 13 fois ou 1/7e plus petite et 23 fois ou 1/2 plus grande, dans le larynx féminin, 22 fois plus petite et 71 fois plus grande sur le larynx masculin, ou 1/5e et 2/3.

Ces recherches démontrent que l'état de tension de la lèvre vocale est celui qui offre le rapport le plus élevé avec le calibre de la trachée dans le sexe faible, tandis que pour le sexe opposé, c'est l'état de repos.

La disproportion que présentent, sur le même individu, les dimensions de la lèvre vocale et le calibre trachéal est, dans certains cas, tout à fait inattendu. Ainsi, une lèvre vocale féminine de 9mm au repos, correspondait à des diamètres de 16, 15, 14 et même de 8mm, et une lèvre vocale de 14mm à des diamètres de 20, 16, 14mm. Une lèvre vocale masculine de 17mm à l'état de repos, répondait par exemple, à un calibre trachéal de 12mm, etc.

La disproportion que je signale est moins considérable chez l'homme. Toutefois, les écarts entre les deux dimensions, sur un même larynx, peuvent s'élever et s'abaisser de 1 à 6 et 7^{mm}. Une lèvre vocale de 20 à 21^{mm}, au repos, répond parfois à des diamètres de 14, 15, 16, 22 et même 23^{mm}, tandis qu'une autre de 13 ou de 14^{mm} aura pour correspondant des diamètres de 21, 20, 19 ou 14^{mm}.

En résumé, dans le sexe féminin, la lèvre vocale au repos est égale au calibre trachéal 1 fois sur 22, de dimension semblable 1 fois sur deux, plus petite 9 fois sur 11, et plus grande 1 fois sur 9; à l'état de tension, elle s'est trouvée identique 8 fois sur 44 (2/11); semblable 9 fois sur 11, plus petite 3 fois sur 11 et plus grande 1 fois sur 2.

Dans le sexe masculin, elle est, à l'état de repos, 1 fois sur 9 égale ou identique au calibre, semblable 2 fois sur 3, plus petite 2 fois sur 3 également et plus grande 1 fois sur 4; à l'état de tension, elle est identique 1 fois sur 7, semblable 2 fois sur 3, plus petite 1 fois sur 5 et plus grande 2 fois sur 3.

Les deux chapitres suivants ont été communiqués à l'Académie de médecine, le 14 août 1883 et à l'Académie des sciences le 20 août 1883.

Chapitre III. — Anche vocale ou crico-glottique.

L'anche vocale humaine est cette partie de l'organe de la voix comprise entre le bord supéro-antérieur du cricoïde et le bord libre des lèvres de la glotte.

§ I. — *Conditions millimétriques de l'anche vocale, chez la femme, 11 larynx seulement* (1).

1° Hauteur de l'anche vocale :

Fréquence...... 4 fois 12^{mm}, 3 fois 10^{mm}, 2 fois 13^{mm}, 1 fois 14 et 16^{mm}.

(1) L'idée de soumettre à la mensuration millimétrique l'anche crico-glottique humaine m'est venue un peu plus tard et je n'ai pu l'appliquer que sur un nombre très restreint de larynx.

Extrêmes........ 10 et 16^{mm}.
Variétés......... 6^{mm}.

Moyennes : statistique, 13^{mm}; extrême et vraie, 13^{mm}.

2° Lèvre vocale au repos :

Fréquence...... 4 fois 11^{mm}, 4 fois 10^{mm}, 1 fois 9, 12 et 14^{mm}.
Extrêmes....... 9 et 14^{mm}.
Variétés......... 5^{mm}.

Moyennes : statistique, 11^{mm}; extrême, 11^{mm}5; vraie 11^{mm}.

3° Lèvre vocale tendue :

Fréquence...... 6 fois 14^{mm}, 2 fois 13^{mm}, 1 fois 11, 15, 17^{mm}.
Extrêmes....... 11 et 17^{mm}.
Variétés......... 6^{mm}.

Moyenne : statistique, extrême et vraie, 14^{mm}.

4° Calibre du cricoïde :

Fréquence...... 3 fois 13^{mm}, 2 fois 10 et 12^{mm}, 1 fois 9, 11, 14 et 18^{mm}.
Extrêmes....... 9 et 18^{mm}.
Variétés......... 9^{mm}.

Moyenne : statistique, 13^{mm}, extrême, 13^{mm}5, vraie, 14^{mm}.

5° Hauteur du thyréoïde :

Fréquence...... 4 fois 13^{mm}, 3 fois 14 et 15^{mm}, 1 fois 11^{mm},
Extrêmes....... 11 et 15^{mm}.
Variétés......... 4^{mm}.

Moyenne : statistique, 13^{mm}5; extrême, 13^{mm}; vraie, 14^{mm}.

§ II. — *Chez l'homme, 33 larynx.*

1° Hauteur de l'anche :

Fréquence...... 7 fois 15 et 17^{mm}, 6 fois 14^{mm}, 4 fois 13, 16 et 18^{mm}, 1 fois 19^{mm}.
Extrêmes...... 13 et 19^{mm}.
Variétés......... 6^{mm}.

Moyenne : statistique. 15^{mm}5, extrême et vraie 16^{mm}.

2° Lèvre vocale au repos :

Fréquence...... 12 fois 15^{mm}, 7 fois 16^{mm}, 4 fois 14^{mm}, 3 fois 17^{mm}, 2 fois 12 et 20^{mm}, 1 fois 11, 13 et 18^{mm}.
Extrêmes....... 11 et 20^{mm}.
Variétés......... 9^{mm}.

Moyenne : statistique, 14^{mm}5, extrême, 15^{mm}5, vraie, 16^{mm}.

3° Lèvre vocale tendue :

Fréquence...... 8 fois 18, 19 et 20^{mm}, 4 fois 17^{mm}, 2 fois 14 et 24^{mm}, 1 fois 16^{mm}.
Extrêmes....... 14 et 24^{mm}.
Variétés......... 10^{mm}.

Moyennes : statistique, 18^{mm}5; extrême, 19^{mm}, vraie, 19^{mm}.

4° Calibre du cricoïde. — 33 larynx.

Fréquence...... 9 fois 16 et 17^{mm}, 5 fois 15 et 18^{mm}, 2 fois 14 et 20^{mm}, 1 fois 19^{mm}.
Extrêmes....... 14 et 20^{mm}.
Variétés......... 6^{mm}.

Moyennes : statistique, 16^{mm}5; extrême, 17^{mm}; vraie, 18^{mm}.

5° Hauteur du thyréoïde :

Fréquence...... 9 fois 17^{mm}, 6 fois 15^{mm}, 5 fois 18 et 19^{mm}, 4 fois 16^{mm}, 2 fois 20^{mm}, 1 fois 11 et 21^{mm}.
Extrêmes....... 11 et 21^{mm}.
Variétés......... 10^{mm}.

Moyennes : statistique, 17^{mm}5; extrême, 16^{mm}; vraie 17^{mm}.

§ III. — *Comparaison de l'anche vocale dans les deux sexes et avec les dimensions de quelques parties du larynx.*

La hauteur de l'anche vocale diffère de 3^{mm} dans les deux sexes; elle mesure chez la femme 13^{mm} en moyenne, et chez l'homme 16^{mm}, c'est-à-dire un quart en plus. Cette hauteur de l'anche est mesurée du bord supéro-antérieur du cricoïde à la commissure antérieure des lèvres vocales.

Comparée à la lèvre vocale au repos, la hauteur de l'anche s'est trouvée plus grande, en moyenne, de 2^{mm} chez la femme, tandis que chez l'homme elle ne différait pas. Leurs dimensions étaient égales et identiques; 2 fois (10 et 12^{mm}) chez la

première, 5 fois chez le second (2 fois 14mm et 1 fois 13, 15 et 17).

La hauteur de l'anche a été plus grande 7 fois dans le sexe féminin, plus petite 13 fois et plus grande 16 fois dans le sexe masculin.

Leurs dimensions ont été semblables 5 fois sur 11 chez le premier, 20 fois sur 33 chez le second.

Comparée à la lèvre vocale tendue, la hauteur de l'anche avait, chez la femme, 1mm en moins et la même dimension (13 et 14mm) sur deux larynx; elle a été 2 fois sur 11 plus grande, 7 fois plus petite et 2 fois semblable.

Chez l'homme, cette hauteur avait en moyenne 3mm de moins que la lèvre vocale tendue, elle était de dimension semblable 12 fois sur 33, plus grande une seule fois, plus petite 20 fois.

Les différences entre les deux dimensions peuvent aller jusqu'à 6mm sur le même sujet féminin et 10mm sur le même individu masculin.

Les variétés de hauteur de l'anche sont au nombre de 6mm pour les deux sexes.

Ce chiffre, quoique restreint, démontre que l'anche glottique présente dans sa hauteur une plus grande variation millimétrique chez la femme que chez l'homme.

Cette hauteur, dans le larynx féminin, diffère de 1mm seulement avec le calibre du cricoïde ou bocal; ces deux dimensions mesurent en moyenne 13 et 14mm; elles étaient identiques (10 et 12mm) 2 fois, semblables, 7 fois sur 11.

Le calibre du bocal cricoïdien s'est trouvé 5 fois plus grand et 4 fois plus petit que la hauteur de l'anche; leurs différences ont varié de 1 à 6mm; elles étaient 5 fois de 1mm et 1 fois de 2, 3, 5 et 6mm.

Chez l'homme, la hauteur de l'anche avait en moyenne 1mm de moins que le calibre du cricoïde (17 contre 18mm). Leur identité s'est présentée 6 fois sur 33 larynx, leur similitude, 23 fois ou 2/3.

Le calibre de l'anneau cricoïdien a été 21 fois plus grand et 6 fois seulement plus petit. Leurs différences ont aussi varié de 1 à 6mm, comme dans le sexe féminin; elles étaient

9 fois de 2^{mm}, 8 fois de 1^{mm}, 6 fois de 3^{mm}, 2 fois de 4^{mm} et 1 fois de 5 et de 6^{mm}.

La hauteur de l'anche et le calibre du bocal cricoïdien ont ainsi un rapport plus stable chez la femme que chez l'homme.

La hauteur de l'angle saillant du thyréoïde a 1^{mm} de plus, en moyenne, que celle de l'anche vocale, dans les deux sexes, comme l'indiquent les nombres 14 et 17^{mm} contre 13 et 16^{mm}.

Leur identité millimétrique existait sur deux larynx masculins seulement (2 fois 15^{mm}); leur similitude, 3 fois chez la femme, 22 fois ou 2 fois sur 3 chez l'homme. Malgré cette similitude assez élévée chez ce dernier, la hauteur de la pomme d'Adam s'est trouvée plus grande que celle de l'anche sur les $6/11^{es}$ des sujets. Quant à leurs dimensions, elles ont varié, en plus ou en moins, de 1 à 5^{mm} pour le larynx masculin.

Dans le sexe féminin, l'anche vocale a donc moins de fixité dans sa hauteur et dans le calibre de son bocal; par contre, elle varie moins quant à la longueur de ses bords glottiques. Les variations de la hauteur de l'anche peuvent être atténuées ou augmentées par les changements qui se produisent pendant la phonation ou le chant.

L'émission des notes élevées du registre de la voix s'accompagne, on le sait, de l'élévation du larynx, du rapprochement, en avant, des deux cartilages thyréoïde et cricoïde et en même temps de l'allongement, en arrière, des bords libres de l'anche glottique. Il y a donc, à la fois, diminution de la hauteur de l'anche et accroissement de la longueur de ses bords vibrants.

En résumé, l'identité millimétrique de la hauteur de l'anche et de la longueur de la lèvre vocale ou glottique existait :

Etat de repos, 2 fois sur 11 chez la femme, 5 fois sur 33 chez l'homme.

Tension, 2 fois sur 11 chez la femme, nulle chez l'homme.

La silimitude, repos, 5 fois sur 11 chez la femme, 5 fois sur 8 chez l'homme.

Tension, 2 fois sur 11 chez la femme, 3 fois sur 8 chez l'homme.

La hauteur était plus petite que la lèvre glottique :

Au repos, 2 fois sur 11 chez la femme, 1 fois sur 2 chez l'homme.

Tension, 7 fois sur 11 chez la femme, 5 fois sur 7 chez l'homme.

Plus grande, au repos, 7 fois sur 11 chez la femme, 4 fois sur 7 chez l'homme.

Tension, 2 fois sur 11 chez la femme, 1 fois sur 33 chez l'homme.

CHAPITRE IV. — HAUTEUR DE L'ANCHE VOCALE, LIGAMENT THYRÉO-CRICOÏDIEN ET SITUATION DE LA COMMISSURE DES LÈVRES GLOTTIQUES RELATIVEMENT AU BORD INFÉRIEUR ET A L'ÉCHANCRURE DU CARTILAGE THYRÉOÏDE.

§ I. — *Chez la femme, 11 larynx.*

1° Ligament thyréo-cricoïdien :

Fréquence...... 5 fois 6mm, 3 fois 5mm, 2 fois 8mm, 1 fois 7mm.
Extrêmes....... 5 à 8mm.
Variétés......... 3mm.

Moyennes : statistique 6mm, extrême et vraie 6mm5.

2° Insertion de la commissure des lèvres vocales relativement au bord inférieur du thyréoïde :

Fréquence...... 4 fois à 5 et à 6mm, 2 fois à 7mm, 1 fois à 8mm.
Extrêmes....... 5 et 8mm.
Variétés......... 3mm.

Moyennes : statistique 6mm, extrême 6mm5, vraie 6mm.

3° Insertion de la commissure des lèvres vocales relativement à l'échancrure ou bord supérieur du thyréoïde :

Fréquence...... 3 fois à 8 et à 9mm, 2 fois à 5mm, 1 fois à 6, 7 et 10mm.
Extrêmes....... 5 et 10mm.
Variétés......... 5mm.

Moyennes : statistique 7mm5, extrême et vraie 7mm5.

§ II. — *Chez l'homme, 33 larynx.*

1° Ligament thyréo-cricoïdien :

Fréquence......	12 fois 7 et 9mm, 5 fois 8mm, 4 fois 10mm.
Extrêmes.......	7 et 10mm.
Variétés.........	3mm.

Moyennes : statistique 8mm5, extrême et vraie 8mm5.

2° Insertion de la commissure des lèvres vocales relativement au bord inférieur du thyréoïde :

Fréquence......	10 fois à 7mm, 9 fois à 9mm, 6 fois à 6 et à 8mm, 2 fois à 10mm.
Extrêmes.......	6 et 10mm.
Variétés.........	4mm.

Moyennes : statistique 7mm5, extrême et vraie 8mm.

3° Insertion de la commissure des lèvres vocales relativement à l'échancrure du bord supérieur du thyréoïde :

Fréquence......	9 fois à 8mm, 7 fois à 10mm, 5 fois à 11mm, 4 fois à 9mm, 3 fois à 6mm, 1 fois à 3, 5, 7, 12 et 14mm.
Extrêmes.......	3 et 14mm.
Variétés.........	11mm.

Moyennes : statistique 9mm, extrême 8mm5, vraie 9mm.

§ III. — *Comparaison des précédentes dimensions millimétriques avec la hauteur de l'anche vocale dans les deux sexes.*

Chez la femme, le ligament thyréo-cricoïdien, à l'état normal, possède en moyenne 6mm5; chez l'homme il a 8mm5, c'est-à-dire 2mm en plus ou 1/3. Ce ligament se trouve donc égal, dans les deux sexes, à la moitié de la hauteur de l'anche vocale correspondante à un demi-millimètre près.

L'insertion de la commissure des lèvres vocales se fait à 6mm du bord inférieur du thyréoïde sur le larynx féminin à 7mm5 sur le larynx masculin. Cette insertion et la hauteur du ligament thyréo-cricoïdien ne diffèrent ainsi que d'un demi-millimètre pour le premier, d'un millimètre pour le second.

L'une et l'autre réunies représentent donc l'équivalent millimétrique de la hauteur de l'anche vocale, laquelle possède en moyenne 13mm dans le sexe féminin, 16mm dans le sexe masculin.

L'insertion de la commissure relativement à l'échancrure thyréoïdienne se fait à 7^{mm}5 chez l'un, à 9^{mm} chez l'autre. leur différence 2^{mm}5 montre que la portion correspondante du cartilage thyréoïde, a pris chez l'homme un développement plus considérable que chez la femme. Ce développement est quelquefois si prononcé, que cette partie du cartilage acquiert jusqu'à 11 variétés millimétriques, contre 5 seulement dans le larynx de la femme.

Or, il est certain que le cartilage thyréoïde subit ce mouvement de croissance *d'arrière en avant* comme de bas en haut, c'est-à-dire dans *ces deux sens*, au moment de la puberté, tandis que le cartilage thyréoïde féminin suit son mouvement de croissance d'une manière lente et régulière dans toutes ses parties.

Il résulte de là, que les lèvres vocales sont entraînées dans ce mouvement d'arrière en avant et qu'elles subissent à leur tour une élongation que le cartilage thyréoïde tient sous sa dépendance.

Ce fait extrêmement important au point de vue de la théorie de la voix et de la physiologie, me servira plus tard à expliquer le véritable rôle du cartilage de la pomme d'Adam dans l'émission des sons vocaux, rôle bien différent de celui que lui attribue Dutrochet. Les deux insertions commissurales supérieure et inférieure constituent la hauteur de la pomme d'Adam, et celle-ci représente la longueur de la lèvre vocale tendue chez la femme, celle de la lèvre vocale normale, à un millimètre près chez l'homme.

La comparaison du ligament thyréo-cricoïdien avec la hauteur de l'insertion commissurale inférieure, démontre qu'il y a entre leurs dimensions millimétriques dans le larynx féminin : identité 9 fois sur 11 ; similitude 10 fois sur 11 et 3 variétés seulement. Dans le larynx masculin, je n'ai constaté l'identité que 7 fois, mais la similitude millimétrique s'est élevée à 26 sur 33, c'est-à-dire aux 9/11es. Les variétés sont au nombre de quatre.

Quant aux différences constatées entre ces dimensions, le ligament thyréo-cricoïdien féminin était 1 fois plus grand

et 1 fois plus petit que la hauteur de l'insertion commissurale inférieure. Le ligament thyréo-cricoïdien masculin était au contraire 22 fois plus grand et 3 fois plus petit sur les 33 sujets. Leurs variétés comprenaient 5^{mm}.

Comparé à l'insertion commissurale supérieure, le ligament thyréo-cricoïdien s'est trouvé une seule fois de dimension égale, 10^{mm} sur un larynx masculin; cette identité n'existait sur aucun larynx féminin.

La similitude entre ces deux parties de l'organe de la voix a eu lieu 6 fois sur 11 chez la femme, 14 fois sur 33 chez l'homme. Le ligament thyréo-cricoïdien était plus grand que l'insertion commissurale 3 fois, 2 fois de 1^{mm} et 1 fois de $3^{mm}5$ et plus petit 8 fois; il a été 15 fois plus grand et 17 fois plus petit dans le sexe masculin. Les variétés entre ces deux dimensions s'élèvent à 5 pour la femme, à 7 pour l'homme.

(A suivre.)

FAITS CLINIQUES

par le Dr **LENNOX-BROWNE**, de Londres.

(Traduit de l'anglais, par le Dr J. Charazac.)

Vous m'excuserez de ne pas vous envoyer un article spécial, mais je pense pouvoir intéresser mes confrères en rapportant les observations de quelques malades observés dans ma pratique.

Ce résumé pourra donner à ceux de nos confrères qui ne sont pas exclusivement adonnés à la spécialité des maladies des oreilles, du larynx et du nez, une idée de la variété des sujets qu'embrasse le champ de nos observations; j'ose espérer, en outre, qu'il pourra intéresser aussi les lecteurs ordinaires de la *Revue*.

I. — Le malade que je vois le premier est un officier; il présente les signes bien marqués d'une inflammation subaiguë de la luette et un érythème symétrique de la gorge qui me paraissent justifier parfaitement mon diagnostic de syphilis secondaire. Le malade accepte cette manière de voir, mais

déclare n'avoir jamais eu de chancre primitif; il a contracté la maladie en se livrant à des pratiques considérées chez nous, mais à tort, comme beaucoup plus répandues sur le continent que dans la Grande-Bretagne. Il a été constaté depuis, que la femme portait des manifestations secondaires de la syphilis. Le malade n'a présenté que des manifestations cutanées fort légères, mais l'engorgement ganglionnaire a été très considérable. Il est possible — d'aucuns disent certain — que le malade ait eu un chancre à la bouche ayant passé inaperçu. La chose n'est rien moins que certaine. Ce cas, unique dans la science, si je ne me trompe, vient à l'appui de cette idée de Kaposi qui estime « que les papules et les condylômes peuvent apporter la contagion en se reproduisant eux-mêmes et être ensuite suivis des manifestations secondaires. Il pense que c'est de cette façon que dans bien des cas les enfants sont contaminés par leurs nourrices qui présentent sur la mamelle, des papules syphilitiques. Ces papules, lorsqu'elles apparaissent chez l'enfant, sont considérées fort souvent comme des manifestations de syphilis héréditaire.

Je prescris les médicaments qui entrent dans la composition des pilules de sous-chlorure de mercure, connues en Angleterre sous le nom de « Plummer's » et que l'on administre sous la forme de pastilles effervescentes « effervescing Losenges ». Chaque pastille contient : 0,05 cent. de calomel, 0,05 cent. de sulfure d'antimoine, 0,10 cent. de résine de gaïac pulvérisée. Administré sous cette forme, ce médicament produit non seulement les mêmes effets généraux que les pilules, mais encore agit localement. J'ordonne, en même temps, un gargarisme au chlorate de potasse qui doit être employé d'après la méthode bien connue de Von Trœltsch, de manière à baigner complètement l'arrière-gorge et non simplement le voile du palais comme il arrive avec la manière ordinaire de se gargariser.

II. — Mon second malade est une jeune femme âgée de trente ans; elle présente, comme on peut le voir d'après la figure

ci-jointe, des signes très nets de syphilis secondaire, sous forme de plaques muqueuses symétriques. Dans ce cas, étant donnés la position, le caractère et le tempérament de la malade et de son entourage tout entier, la maladie, on ne peut en douter, n'est pas le résultat d'une infection primitive. Elle existait déjà depuis cinq mois quand je vis la malade,

mais d'après les signes physiques, aussi bien qu'en procédant par exclusion, il est impossible de douter du diagnostic auquel je suis arrivé. Dans ce cas, je promets la guérison à la malade à la condition de suivre avec persévérance les mêmes mesures thérapeutiques que j'ai indiquées dans le cas précédent.

III. — Un troisième cas est celui d'un docteur en médecine français, n'exerçant plus depuis plusieurs années déjà. Il y a un an ou dix-huit mois, il eut un mal à la gorge. A cette même époque, il eut une gonorrhée; repris de nouveau d'un mal de gorge, il vient me trouver pour savoir si les accidents qu'il présente sont d'origine syphilitique. La pâleur de son teint, la rudesse (thickners) de la voix, la douleur qu'il éprouve à ouvrir la bouche me font songer à une angine tonsillaire; c'était en effet la maladie dont il était atteint. Cependant un follicule était si largement et si profondément ulcéré, qu'à première vue je crus qu'il s'agissait vraiment d'un ulcère perforant; un tel état suffisait à justifier ses craintes. Un examen plus attentif me permit de constater d'autres follicules dans un état moins avancé d'inflammation et d'ulcération et me permit de le rassurer sur la gravité de son état.

Profondément convaincu du caractère rhumatismal de cette affection, je prescris du salicylate de soude, du chlorate de potasse et du quinquina, précédés par un laxatif, et aussi des pastilles de gaïac. Dans les cas de douleurs considérables, j'emploie les courants d'eau froide appliqués sur le cou à l'aide du tube de Leiter, de Vienne.

IV. — Un autre malade vient ensuite, qui présente de l'inflammation, une augmentation de volume et des ulcérations de la langue. C'est un jeune homme de vingt-deux ans. Les symptômes que je constate ne présentent aucun caractère digne d'être noté. Dans les cas de ce genre, le sirop français de Gibert me paraît être une manière d'administrer le biiodure, supérieure à toutes celles qui sont usitées chez nous. Je prescris en même temps des lotions au chlorate de potasse et je me propose de faire deux ou trois fois par semaine des applications locales de nitrate d'argent.

V. — Encore un cas d'affection de la gorge. Un médecin me conduit une jeune femme de trente ans, engagée comme nourrice. Il la croit atteinte de phtisie laryngée, bien qu'elle ne présente, ainsi qu'il l'a constaté lui-même, aucun symptôme de tuberculose pulmonaire. La malade est très amaigrie, elle pèse 40 kilogrammes pour une taille de 64 pouces (1^m,60 environ). Cinq ans auparavant environ, elle a eu une hématémèse dont il m'est impossible de déterminer exactement la nature, mais elle vient me trouver se plaignant d'une dysphagie qui remonte à quatre mois. Elle respire difficilement et sa gêne est considérablement accrue par l'exercice ou le décubitus dorsal. Elle fait observer qu'elle s'éveille fréquemment en proie à des accès de suffocation; elle est obligée de rester presque toujours assise sur son lit. La respiration est toujours plus ou moins stridente. La voix, qui est devenue malade à peu près à la même époque, est rauque, mais criarde (highpitched), la toux présente les mêmes caractères que la voix. Ce dernier symptôme, désigné, je crois, par Fauvel, sous le nom de cornage, me fait songer à l'affection dont elle est atteinte en effet, à savoir un épithélioma pharyngo-la

ryngé et non pas une phtisie laryngée; car, ainsi que je le fais observer à mon confrère, la tuberculose n'arrive jamais dans le larynx à ce degré de développement sans qu'il survienne en même temps des signes d'infiltration pulmonaire. Je constate du gonflement, de la congestion et l'immobilité de la corde vocale gauche, de la rougeur de la muqueuse qui recouvre le repli ary-épiglottique et l'aryténoïde, et sur

le bord du pharynx à gauche une masse considérable de muco-pus écumeux qui une fois enlevée laisse à découvert une ulcération caractéristique. La planche ci-dessous représente l'aspect de l'organe d'après un dessin tiré de mon livre de notes. En examinant le cou, je constate que la malade est depuis plusieurs années atteinte d'un goître, le côté gauche en est dur et selon toute probabilité a subi la dégénérescence maligne.

VI. — Et maintenant quelques cas d'affection de l'oreille. Un jeune homme de vingt-sept ans vient me trouver pour une surdité considérable survenue graduellement depuis plusieurs années et qui est maintenant si avancée, qu'il est à peu près incapable d'entendre la voix même à l'aide d'un cornet. Quelques années auparavant on l'avait prévenu fort malencontreusement que sa surdité devait sûrement et fatalement progresser et n'avait pris aucune mesure pour l'arrêter, et récemment un jeune médecin auriste avait émis l'opinion qu'il était atteint d'une affection incurable du nerf auditif. A propos de la première constatation, je dois dire que, d'après moi, les otologistes qui ont acquis une haute situation sont un peu trop portés à admettre un diagnostic positivement

défavorable dans les cas qui leur paraissent pouvoir nuire à leur crédit. On ne saurait trop s'élever contre cette coutume, qui trop souvent indispose le malade et l'empêche de continuer un traitement capable d'améliorer la maladie ou d'en arrêter les progrès, et qu'on pourrait proposer avec quelque chance de le faire adopter à ceux à qui leur position permet d'agir ainsi sans crainte de leur part de voir décroître leur réputation en cas d'insuccès. Ainsi le malade avait été victime de la négligence et un praticien plus jeune et plus enthousiaste n'avait pu lui donner les soins nécessaires pour arrêter le cours de la maladie avant qu'elle ne fût arrivée à un degré où tout espoir était perdu. Que le nerf auditif fût malade, cela pouvait être ou n'être pas dans le cas qui nous occupe, mais comme le diapason permettait de constater de grands obstacles à la propagation du son et que le malade affirmait entendre toujours même après l'épreuve de Valsalva, on ne pouvait indiquer clairement jusqu'à quel point le nerf était lésé avant d'avoir dégagé les conduits. Je m'efforçai de faire comprendre au malade sa situation à l'aide d'une comparaison, de même lui dis-je que dans certains cas de cataracte on ne peut dire de quelle affection le nerf optique est atteint jusqu'à ce que la cataracte ait été enlevée, ou en d'autres termes jusqu'à ce que l'ouverture opaque soit redevenue transparente, ainsi dans son cas il était impossible d'affirmer à quel degré le nerf auditif était atteint, jusqu'à ce que les portes de sa chambre aient été ouvertes. J'instituai alors un traitement énergique pour l'affection de l'oreille moyenne, mais sans promettre le moins du monde la guérison au malade, seulement dans l'espoir d'arrêter les progrès du mal et peut-être d'améliorer quelque peu son état. Il faut noter que dans ce cas les bourdonnements étaient très légers ; ils consistaient en des sifflements de caractère ordinairement catarrhal; il n'y avait jamais eu le moindre signe de vertige.

VII. — En dernier lieu on m'amena un enfant de trois ans qui ne serait devenu sourd qu'à l'âge de un an à la suite des oreillons ; depuis lors la surdité est complète, la note sui-

vante que j'envoie au confrère qui m'avait recommandé le malade, donnera au lecteur les résultats de mon examen.

« J'ai le regret de vous dire que dans le cas de l'enfant de Mme S... la perception du nerf acoustique est complètement ou à peu près complètement abolie, et que par conséquent on ne peut espérer une amélioration suffisante pour permettre au malade de se passer des moyens artificiels de communication avec ses semblables, et j'ai vivement recommandé à ses parents de lui donner une instruction préliminaire par la lecture sur les lèvres, afin de le déshabituer absolument de l'usage des signes, et de le placer dans une école où il puisse apprendre à lire sur les lèvres, lorsqu'il aura atteint l'âge de six ou sept ans.

« Il existe cependant un gonflement considérable de la muqueuse de la gorge et une hypertrophie glandulaire évidente de la cavité naso-pharygienne contre laquelle je vous conseille d'agir énergiquement. Ce traitement aura pour résultat de permettre à l'enfant de respirer plus librement et influera sur son développement d'une façon heureuse; on pourra peut-être aussi à l'aide de la douche de Politzer, obtenir une amélioration de l'ouïe assez considérable pour lui permettre de moduler le ton de sa voix quand il aura appris à parler.

« Je ne puis vous promettre davantage bien que l'expérience de quelques auristes, de Bonnafont en particulier, puisse vous engager à persévérer dans l'emploi de la poire de Politzer et de tout traitement destiné à améliorer l'état de l'appareil de transmission, dans l'espoir d'obtenir un résultat plus sensible au point de vue de l'audition.

LENNOX-BROWNE.

COMPTE RENDU DE LA 59e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

TENUE A BERLIN DU 18 AU 24 SEPTEMBRE 1886

SECTION D'OTIATRIE (2).

Suite et fin (1).

Séance du 21 septembre 1886.

Présidence de M. SCHWARTZE.

1° M. GRUBER (Vienne): **Contribution à l'étude de l'anatomie de l'organe de l'ouïe.** — L'auteur décrit l'anatomie de la région de la fenêtre ronde du limaçon. Il prouve que l'opinion admise jusqu'à ce jour, que la cavité labyrinthique sur l'os temporal macéré communique avec la caisse par la fenêtre ronde seule, n'est pas exacte. On constate, en effet, que le vestibule et la rampe supérieure du limaçon communiquent aussi avec la caisse à travers la niche de la fenêtre ronde, par une fente se trouvant sur le plancher de la caisse. Sur le temporal non macéré, cette fente est cachée par le commencement du conduit cochléen dont la surface inférieure est recouverte par le tégument de la niche de la fenêtre ronde.

M. Gruber démontre ces faits anatomiques sur des préparations macérées et non macérées, et il insiste sur leur importance au point de vue physiologique, pathologique et clinique.

2° M. SCHWARTZE (Halle) présente un cas de **Tuberculose du temporal, du pariétal et de l'occipital guéri par opération.** — Discussion : M. Trautmann fait observer que c'est un cas unique et rapporte un fait à peu près analogue, terminé par la mort.

3° M. TRAUTMANN (Berlin) : **Démonstrations de photographies stéréoscopiques faites sur verre et représentant l'anatomie de l'oreille.** — Le rapporteur les recommande pour l'enseignement.

---

(1) Voir n° 1, p. 19.

(2) D'après le *Tageblatt der 59, Versammlung deutscher Naturforscher und Arzte in Berlin,* 18-24 septembre 1886.

4° M. Eysell (Kassel) : **Les cellules mastoïdiennes bien développées, garantissent-elles d'une rupture du tympan dans les changements brusques de la pression atmosphérique?** — L'auteur a déjà, en 1873, émis l'hypothèse que plus les cavités de l'oreille moyenne sont développées, plus facilement doit survenir la rupture du tympan sous l'influence d'un changement brusque de la pression de l'air (explosions). Il apporte aujourd'hui de nouvelles preuves pour établir cette hypothèse contraire aux opinions ayant cours dans la science. Des expériences faites sur des cylindres de différente longueur, bouchés à leurs extrémités par une membrane élastique, ont démontré que, étant donnée une augmentation égale de la pression atmosphérique, les membranes des cylindres les plus longs se rompent les premières.

5° M. Schmaltz (Dresde) soumet à la section d'otiatrie plusieurs arguments concernant **la nécessité d'examiner l'ouïe des employés de chemins de fer.** Il serait utile d'examiner ces employés avant leur installation, et après, à des intervalles convenables. De même serait-il nécessaire de fixer le minimum d'audition exigé pour le service. La plupart des membres présents se déclarent conformes avec ces désidérata.

6° Habermann (Prague) : **De l'anatomie pathologique de l'ozène simple.** — Le rapporteur trouva, dans deux cas d'ozène simple, une affection de presque toutes les glandes, autant des glandes acineuses que de celles de Bowmann. Cette affection se caractérise au début par une accumulation de goutelettes de graisse dans l'épithélium des glandes et plus tard par une dégénérescence complète de l'épithélium. On constatait ensuite une infiltration inflammatoire de la muqueuse avec dégénérescence granuleuse des cellules infiltrées, et sur certains points du tissu on trouvait des gouttes de graisse, déjà décrites par M. Krause. Sur d'autres points de la muqueuse on rencontrait des traînées de cellules fusiformes, parfois même de tissu lamineux avec ratatinement de la muqueuse, de plus une destruction de l'épithélium ou sa métamorphose en épithélium pavimenteux, et une résorp-

tion de l'os avec formation de lacunes. Les sinus veineux superficiels subissent également l'atrophie. L'auteur, d'après ses recherches, croit que l'agent morbide de l'ozène agit par la surface de la muqueuse, c'est-à-dire par les orifices des glandes.

7° M. Hommel (Zurich) : **Courte note sur les résultats nouveaux obtenus par pression du tragus.** — L'auteur recommande de nouveau son procédé de pression du tragus, qu'il a déjà décrit dans le *Archiv für Ohrenheilkunde*. Il l'emploie, 1° dans les catarrhes chroniques simples et suppurés de l'oreille moyenne; 2° dans les catarrhes aiguës simples et suppurés de l'oreille moyenne, une fois la fièvre passée; 3° dans les perforations du tympan; 4° dans la sclérose de l'oreille moyenne.

Plus les troubles de motilité de l'appareil transmetteur des sons sont grands, plus il faut presser le tragus, mais alors, la pression doit être exécutée moins souvent. La pression du tragus n'est nullement un procédé indifférent; elle provoque souvent une myringite, toutefois, sans inconvénient grave. Quand il existe des douleurs on doit interrompre pendant quelque temps ce traitement. Quant aux autres méthodes thérapeutiques, dans les cas de trouble de la motilité de l'appareil transmetteur des sons, aucune, d'après lui, aurait fait ses preuves.

La douche d'air amène facilement un relâchement des ligaments articulaires du marteau et de l'enclume. Aussi faut-il l'employer avec circonspection. L'auteur fait exécuter aux malades par minute 120 à 150 coups pas trop forts dirigés contre le tragus, et fait répéter ce procédé 6 à 8 fois par jour.

Il dit avoir obtenu d'excellents résultats.

M. Lucae (Berlin) fait observer que la pression du tragus peut bien déterminer des mouvements du tympan, mais qu'elle n'agit pas sur les osselets. Ces derniers peuvent être directement mis en mouvement avec la sonde à pression faisant ressort *(Federnde Drucksonde)* préconisée par lui.

M. Trautmann (Berlin) croit impossible que la pression du tragus puisse avoir un résultat quelconque dans les cas de sclérose de l'oreille moyenne et d'ankylose de l'étrier. Au contraire, toute inflammation provoquée par ce procédé ne peut qu'empirer l'affection.

M. Hommel répond qu'une amélioration ne se produit pas dans les cas de sclérose, mais on constate que le processus scléreux s'arrête.

M. Schwartze et M. Rohrer ont traité beaucoup de leurs malades par ce moyen et n'ont obtenu aucun résultat; toutefois, le premier de ces auteurs recommande de continuer les essais, étant donné que M. Hommel s'est lui-même guéri, par cette méthode, d'un catarrhe de l'oreille moyenne datant de 25 ans.

M. Jacobson (Berlin) désire savoir si dans les 80 cas dans lesquels, d'après le travail antérieur de l'auteur, une amélioration serait survenue, on avait fait un autre traitement à l'aide de la sonde et des autres méthodes habituelles de traitement.

Il ne croit pas, du reste, que la douche d'air relâche très facilement les ligaments des articulations des osselets. Cela pourrait avoir lieu dans les oreilles normales, mais non dans les cas pathologiques.

Séance du 22 septembre.

Présidence de M. Gruber (Vienne).

1° M. Rohrer (Zurich) : **Suite de communications sur les anomalies du pavillon de l'oreille.** — L'auteur apporte 72 observations nouvelles qu'il explique et qu'il groupe en six classes : 1° Nævus sur le pavillon et sur les parties voisines; 2° Arrêts de conformations ou hypergénesies; 3° Nouvelles formations épithéliales ou hyperplasies; 4° Arrêt de conformation de la conque et du tragus; 5° Excès de formation; 6° Localisation de dermatoses.

2° M. Hartmann (Berlin) : **Nécrose du limaçon avec démonstration d'une préparation.** — Il existe dans la litérature 12 cas où après la destruction du limaçon l'ouïe n'était pas complètement abolie. L'auteur y ajoute une nouvelle observation. Le malade après avoir éliminé presque tout son limaçon pouvait encore percevoir les diapasons ut 2, ut 3, ut 4 placés sur l'apophyse mastoïde ou sur le doigt bouchant l'oreille malade. Mais il croit avec M. Dennert que de malades atteints de surdité unilatérale ne savent pas localiser les sons et que les résultats de l'examen de l'ouïe chez ces malades sont très souvent illusoires.

A la fin l'auteur montre ses schéma qui représentent graphiquement les résultats de l'examen de l'ouïe avec les diapasons de différente hauteur faits chez 100 malades. Il distingue 7 types de dureté d'oreille.

1° Dureté d'oreille considérable pour les sons graves avec perception cranienne bonne; 2° dureté d'oreille considérable pour les sons graves avec perception cranienne mauvaise; 3° dureté d'oreille considérable pour les sons aigus avec perception cranienne bonne; 4° dureté d'oreille considérable pour les sons aigus avec perception cranienne mauvaise; 5° dureté d'oreille égale pour tous les sons avec perception cranienne bonne; 6° dureté d'oreille égale pour tous les sons avec perception cranienne mauvaise; 7° dureté d'oreille irrégulière.

M. Jacobson (Berlin) déclare les résultats obtenus par la méthode de M. Hartmann comme n'étant pas justes au point de vue physique : 1° L'intensité du son n'est pas simplement proportionnelle à l'amplitude des vibrations des fourches des diapasons, mais proportionnelle au carré de cette amplitude ; 2° la diminution de l'amplitude des vibrations des tiges ou plaques vibrantes ne se fait pas avec une progression arithmétique, mais ordinairement avec une progression géométrique. Pour les diapasons, d'après M. Hensen, cette loi n'a pas même lieu, car ici la diminution de l'amplitude de vibration se fait d'une manière tout à fait irrégulière,

M. Schwartze dit qu'il est très difficile de constater si après l'élimination d'un sequestre du limaçon l'audition pour des sons existe encore ou non. La perception de la voix au moins est toujours abolie. Mais tous ces cas ne suffisent pas pour renverser la théorie de M. Helmholtz.

M. Gruber est sûr et certain qu'une lésion partielle du labyrinthe ne détermine pas forcément une abolition de l'ouïe. Pourquoi les autres parties du labyrinthe seraient-elles du reste absolument exemptes de la faculté de percussion des sons?

M. Ratz apporte à l'appui de l'assertion de M. Gruber des expériences faites sur les animaux par MM. Munk et Baginsky.

3° M. Dennert (Berlin) : **Sur des recherches acoustiques et physiologiques avec démonstrations.** — Ces recherches portent sur les sons combinés naissant de deux sons de différentes hauteurs et émis pendant un temps assez long et avec une intensité égale. Se basant sur des expériences faites avec des diapasons et des sirènes qu'il montre à la Société, l'auteur réfute la théorie de M. Helmholtz et accepte celle de MM. Joung et Scheibler.

Séance du 23 septembre.

Présidence de M. Trautmann.

1° M. Schwabach (Berlin) montre une série de **préparations de temporal macérés**, sur lesquelles le tympan se présente comme sur le vivant.

2° M. Lichtenberg (Budapesth) montre un nouvel **acoumètre** indiqué par M. Beerwald et construit par M. Oppun. Cet appareil est composé de quatre cloches pouvant être frappées plus ou moins fortement. Une aiguille marque la hauteur du marteau qui tombe sur les cloches.

M. Jacobson (Berlin) dit que cet appareil pourrait servir pour mesurer l'audition d'une manière relative, mais non

d'une manière absolue, tant que nous ne connaîtrons pas la loi d'après laquelle l'intensité des sons des cloches dépend de l'angle sous lequel le marteau retombe sur la cloche.

3° M. Eysell (Kassel) : **Rétrécissement des fosses nasales dû à une étroitesse du palais.** — L'auteur présente des préparations anatomiques dans lesquelles, par compression latérale de l'ogive palatine, la largeur des fosses nasales était diminuée. Ce retrécissement peut porter sur les côtés des fosses nasales, ou sur un côté seulement.

Dans presque tous ces cas, il existait aussi une anomalie de la position des dents.

4° M. Rohrer (Zurich) : **Notes statistiques pour l'appréciation diagnostique de l'expérience de Rinne.** — L'auteur a fait des examens sur 400 malades et il a cherché à établir une relation entre l'expérience de Rinne et la perception des sons aigus, prises avec le sifflet de Galton et les tiges sonnantes de M. Kœnig.

Le Rinne était positif dans la plupart des cas d'affections de l'oreille externe, d'otite moyenne légère et d'otite interne. Il était le plus souvent négatif dans les cas de méningite, d'otite moyenne grave et d'otorrhée. Les sons les plus bas du sifflet de Galton ne furent pas perçus dans l'otite externe et dans l'otite moyenne. Les sons les plus élevés du sifflet ne l'étaient pas dans les cas de bouchons de cérumen, de méningite, d'otorrhée et d'otite interne. L'examen avec les tiges sonnantes rendait évidente une diminution pour les sons aigus dans les cas d'affections de l'oreille moyenne où le Pinne était négatif et surtout dans les affections labyrinthiques.

5° M. Trautmann (Berlin). Observations cliniques : 1° **Un cas d'affection primitive du limaçon se terminant par la nécrose.** — 2° **Un cas d'otite moyenne exsudative se combinant avec des accès épileptiformes.** — Ce dernier cas a été observé chez une fille de trois ans. Après

l'écoulement de l'exsudation de la caisse, s'il survenait un accès seulement.

6° M. Kirchner : **Des fractures du manche du marteau.** — L'auteur rapporte 3 cas. M. Krakauer a observé une fracture du manche du marteau consécutive à un examen du conduit fait par un médecin avec une sonde, sans éclairage.

Dr Lichtwitz.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE.

De l'innervation, de la fonction et de la paralysie de quelques muscles du larynx (*Innervatie, functie en verlamming van enkele larynxspieren*), par le Dr G.-D. Cohen.

Dans le premier chapitre de sa dissertation, l'auteur traite du muscle crico-thyroïdien. Après en avoir donné une description anatomique détaillée, et après l'énumération des différentes théories émises jusqu'ici sur la fonction de ce muscle, il relate les dernières expériences d'Exner et de Simanowski, et les conclusions que ces Messieurs en ont tirées. Ensuite il communique ses propres expériences, qui lui ont fourni le résultat suivant : Le crico-thyroïdien n'est destiné ni à tirer en bas le cartilage thyroïde, ni à attirer en haut le cartilage cricoïde ; il augmente la courbure des lames quadrilatères du cartilage thyroïde, ce qui produit une tension des cordes vocales en largeur. S'il n'y a qu'une paralysie unilatérale du crico-thyroïdien, la voix conserve le registre haut, mais elle perd sa clarté, tandis que, par la paralysie bilatérale, elle devient en outre plus basse.

Dans le second chapitre, l'auteur s'occupe du crico-aryténoïdien postérieur. Il se propose d'indiquer le point où Semon et Krause, qui soutiennent à propos de ce muscle, comme on le sait, des théories tout à fait opposées, pourraient se rencontrer. Pour arriver à ce but, il se base sur les expériences de Exner, qui a trouvé chez le chien que le crico-aryténoïdien postérieur est innervé latéralement et à sa face

antérieure par le laryngé inférieur, à sa face postérieure par le laryngé supérieur, et quelques fois encore par un rameau du laryngé médian du côté opposé. Après avoir discuté les théories de Rosenbach, de Semon et Krause, d'où il relève ce qui lui semble juste, il conclut d'après ses propres expériences : « Si l'on considère : 1° qu'il n'existe (ce qui n'est pas exact) aucun cas incontestable de paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, ayant fini par une paralysie complète du récurrent, et que 2° les mêmes causes provoquent presque toujours une paralysie complète du récurrent et rarement la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur seul, alors il faut avoir recours à la distribution des nerfs laryngés, telle que Exner l'a donnée, et on doit se figurer que — vu les anomalies qui peuvent se présenter partout — l'innervation des muscles laryngés ne suit pas la règle générale dans les cas en question, de sorte que le crico-aryténoïdien postérieur serait innervé exclusivement par le récurrent sans aucune coopération du laryngé supérieur, tandis que les autres muscles laryngés sont plus innervés par le laryngé supérieur. Cela expliquerait en même temps la persistance de l'affection jusqu'à la fin. Cette explication s'appliquerait également aux cas où la cause est centrale, bien qu'on dût encore admettre dans ce cas un centre spécial pour le laryngé supérieur, et un autre pour le récurrent. »

Malheureusement cette explication aussi n'est plus qu'une pure hypothèse et ne tranche aucunement la question. (Fervaert, Leyde, 1886.) BAYER.

De l'influence de la respiration dans le chant et de la tension passive des cordes vocales, par M. PELTAN, professeur de chant.

L'air est le véritable corps sonore dans l'émission de la voix, et M. Peltan croit avoir démontré, par ses expériences, que :

1° La *vitesse absolue* de la poussée d'air dans l'expiration vocale commande la hauteur du son ;

2° La *grandeur* des variations des pressions de la colonne d'air sous-glottique règle *l'intensité du son* ;

3° La *régularité* du courant d'air expiré détermine la *netteté du son*;

4° La *voix anchée* (voix de poitrine) est le résultat d'une pression suffisante pour l'ébranlement complet des cordes vocales inférieures, qui, sous l'empire d'une pression déterminée, assument d'elles-mêmes la forme rectiligne. Elle exige un effort des muscles thoraciques ou abdominaux en rapport avec la hauteur et l'intensité du son;

5° La *voix nodale* (voix de tête) est obtenue par une pression intra-trachéale infime;

6° Le *timbre* de la voix dépend de l'abaissement du larynx et des modifications épiglottiques pharyngiennes, buccales et nasale;

7° L'*homogénéité* des sons dans un même registre dépend du degré de fixité du larynx d'abord, et ensuite de l'épiglotte du pharynx de la langue et de la bouche;

8° La *voix sombrée* ne peut être obtenue qu'avec un abaissement du larynx;

9° La *voix claire* qu'avec une élévation du larynx;

10° La voix *anchée* et la voix *nodale* peuvent être sombrées ou claires. (*La Tribune Médicale*, 3 octobre 1886.)

Dr J. Ch.

Laryngite aiguë phlegmoneuse et suppurée, par le Dr Urunuela.

Il s'agit d'un malade, garde municipal de sa profession, qui, après l'ingestion à une heure du matin d'eau froide, fut pris de toux, de difficulté dans la déglutition. Consécutivement survinrent l'impossibilité d'avaler des matières solides, l'aphonie, des douleurs pongitives du côté gauche de la gorge, de la fièvre et des attaques de dyspnée.

L'examen laryngoscopique permit de constater la présence d'une tuméfaction rouge sombre, proéminant dans la fossette piriforme gauche, dont le centre déprimé offrait une coloration blanche, indice de l'existence du pus; d'un œdème prononcé dans la moitié gauche de l'épiglotte, dans le repli aryténo-épiglottique et les aryténoïdes du même côté, œdème cachant complètement la glotte.

Le contact des pinces laryngées, introduites dans le but de se rendre compte de la résistance de la tumeur, suffit à ouvrir l'abcès qui donna issue à une collection de pus sombre sanguinolent et fétide.

Le traitement institué se composa des inhalations émollientes, de sulfate de quinine. La dyspnée, la disphagie et la disphonie diminuèrent notablement. A un nouvel examen laryngoscopique, la tumeur ne se présentait plus que sous la forme d'une ulcération ronde et suppurante à la base et au côté externe gauche de l'épiglotte, avec diminution de l'œdème. Des applications locales, d'une solution phéniquée et de glycérine iodoformée, et des inhalations émollientes belladonées, finirent par avoir raison de la lésion et des troubles généraux qu'elle provoquait. Vingt jours après, le malade était guéri.

Cette observation rend bien compte des phénomènes objectifs de ces abcès qui sont généralement uni-latéraux, siègent à la base de l'épiglotte (Doving), sur les cartilages aryténoïdes (Gottstein, Schnitzler), sur les replis aryténoépiglottiques (Tobold). (*Mémorias de la Sociédad espanola de laryngologia, otologia y rinologia*. Tome I, Barcelona.)

D[r] Lauga.

Mycosis et tuberculose laryngés, par le D[r] Ariza.

L'auteur raconte l'observation d'un malade dont le cas présentait de sérieuses difficultés de diagnostic.

M. C... est âgé de vingt-huit ans. Il est porteur d'une pharyngite chronique pour laquelle il a été soigné six ans auparavant et dont il se croit guéri.

C'est pour son larynx qu'il demande des soins. Depuis quatre mois, sa voix est devenue rauque et il éprouve des douleurs en déglutissant. Le peu de gravité de ces symptômes contraste avec les lésions que révèle le laryngoscope. L'épiglotte est ulcérée superficiellement dans toute sa longueur. Les ulcérations sont petites et innombrables, irrégulières, chevauchant les unes sur les autres; leur coloration est blanchâtre plus marquée au centre que sur les bords.

M. Ariza n'hésite pas à attribuer cette lésion à la tuberculose. D'autant qu'il existait dans d'autres points du larynx des signes certains de cette diathèse.

L'aryténoïde droit était hypertrophié avec l'aspect spécial de l'infiltration tuberculeuse ; la bande ventriculaire droite était aussi atteinte.

Les poumons n'étaient pas atteints ; ni l'auscultation, ni la percussion n'y révélaient de lésions.

En passant, M. Ariza affirme nettement la curabilité de la phymie laryngée. L'erreur de ceux qui ne l'ont pas admise provient, d'après lui, de ce que l'on a confondu en une seule toutes les espèces de phymies laryngées. Celle qui apparaît comme terme ultime de la tuberculose pulmonaire, qui revêt le caractère aigu avec des douleurs atroces, est incurable. Il en est de même de celle qui se manifeste simultanément avec la tuberculose pulmonaire, dont la marche est lente, chronique. Mais il en existe une troisième qui se comporte comme une maladie locale sans réactions générales, qui a une tendance à l'hypertrophie et qui est curable.

C'était le cas du malade de M. Ariza. Il lui ordonna des préparations arsénicales et du phosphate de chaux à l'intérieur, des applications locales d'iodoforme.

Sous l'influence du traitement, les hypertrophies laryngiennes disparurent, contrairement à ce qui arrive quand on a affaire à des lésions anciennes frappées déjà de sclérose. La voix recouvra son timbre et sa force, l'état général fut sensiblement amélioré. Seule, l'épiglotte avait conservé le même aspect. Les attouchements d'acide lactique demeuraient sans résultat, ce qui déconcertait assez M. Ariza. Il eut alors l'idée de recueillir un peu de la matière blanchâtre qui recouvrait l'épiglotte et de la mettre sous l'objectif du microscope.

Il découvrit au milieu des cellules épithéliales du pus, des ramifications de micelium. La question s'éclairait et il s'agissait d'un cas de muguet. Or, le muguet n'est pas, par lui-même, une maladie, il est simplement un épiphénomène de maladies, les unes graves, les autres légères. Il n'a de gravité dans le pronostic que celle que lui donne la maladie

qu'il accompagne. Limitée à l'épiglotte, sa présence n'était pas alarmante.

Maintenant les ulcères sur lesquelles reposait le muguet étaient-elles de nature tuberculeuse? M. Ariza ne le croit pas, en raison de l'indolence de ces ulcères, de leur résistance au traitement, alors que les lésions tuberculeuses voisines en étaient si promptement influencées, de leur coloration blanchâtre qui n'a pas été un seul instant modifiée. Il affirme que la détérioration de l'épiglotte de son malade est due à cette végétation particulière. Pour lui la démonstration que le muguet peut détruire, ulcérer les tissus, pénétrer jusqu'aux couches sous-muqueuses et musculaires, est faite. *(Revista de laryng. otol. y rinol.,* tomo II, num. 4.) Dr Lauga.

De l'arthrite crico-aryténoïdienne au début de la tuberculose laryngée, par le Dr A. Cartaz.

La tuberculose semble une des maladies où l'arthrite crico-aryténoïdienne doit être le plus souvent observée; les observations sont rares cependant et les troubles observés ne sont ordinairement pas rapportés à des troubles fonctionnels de l'articulation.

Les lésions articulaires sont, d'après l'auteur, rares dans les premières phases de la tuberculose. Peut-être en cherchant à bien préciser l'origine de la paralysie ou de la parésie, pourrait-on la trouver plus fréquemment dans une altération de l'articulation. L'auteur en rapporte deux observations. (*France Médicale,* 16 et 18 novembre 1886.)

Dr J. Ch.

Notes sur le traitement médical de la laryngite tuberculeuse, par le Dr Frédéric Fournier.

L'auteur consacre le premier paragraphe de sa thèse à un résumé anatomo-pathologique de la laryngite tuberculeuse. Il passe rapidement en revue les lésions que l'on trouve du côté du larynx et les désordres qu'elles peuvent amener à leur suite. Le larynx ainsi modifié ne recouvrera jamais son intégrité anatomo-physiologique; le résultat du traitement

sera d'autant plus beau que les fonctions du larynx guéri se rapprocheront davantage de l'état normal.

On peut diviser en deux grandes classes les moyens destinés à combattre la laryngite tuberculeuse : 1° les uns s'adressent aux lésions elles-mêmes; 2° les autres aux symptômes de l'affection.

A. Traitement des lésions. — La première indication consiste à s'entourer de toutes les précautions hygiéniques réclamées en pareille circonstance. En second lieu, il sera fait, à l'aide du laryngoscope, une application locale de topiques; s'il est nécessaire de recourir à d'autres procédés, le médecin emploiera les moyens en rapport avec le but qu'il se propose d'atteindre, tels que les inhalations, pulvérisations, insufflations pulvérulentes, révulsifs.

Les émollients, les astringents, les caustiques, les anti-microbiens sont simplement cités par l'auteur qui semble n'attacher à leur emploi qu'une médiocre importance. Il s'arrête cependant, avec une certaine complaisance, à l'acide lactique récemment préconisé par Mosetig.

L'air chaud pourrait agir de deux façons, d'abord comme anti-microbien — le bacille de la tuberculose ne pouvant vivre dans une température supérieure à 41° — de plus, grâce à l'évaporation, il se produirait au niveau des ulcérations laryngées une croûte membraneuse qui empêcherait à nouveau l'infection du larynx par les bacilles contenus dans les crachats venant du poumon. M. Fournier rapporte ici une observation où l'air chaud — joint à d'autres médications — lui semble avoir apporté une amélioration notable dans une phtisie laryngée.

Les eaux sulfureuses amélioreraient l'état des phtisiques; d'après les uns, par l'acide sulfhydrique qu'elles contiennent et d'après les autres ce serait l'attitude des établissements thermaux qui serait le principal facteur du rétablissement: mais l'auteur ne nous semble pas avoir acquit une expérience bien nette à cet égard, car il eût peut-être soutenu une autre opinion moins favorable à cette médication.

L'iode employé avec prudence, dans le cas de lésions super-

ficielles, pourrait aussi fournir de bons résultats comme semble le prouver une observation rapportée par l'auteur. L'iodoforme et l'iodure d'éthyle, composés iodriques, peuvent aussi rendre de très bons services.

Le TRAITEMENT DES SYMPTOMES sera fait suivant les indications du moment. En résumé, rien de nouveau (*Thèse Paris*, 1886). M. NATIER.

Sur la valeur négative de l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose laryngée (*Sulla value négativo dell' acida lattico nella cura della tuberculosa laryngea*), par le Dr R. MASINI.

L'auteur publie, sous la forme épistolaire, le résultat des essais qu'il a fait avec l'acide lactique employé d'après la méthode de Krause et de Jélinek. Il fit d'abord usage d'une solution à 20 0/0 qui provoqua un peu de toux, une sensation de brûlure et une rougeur intense de la partie tranchée. La solution faite à 40 0/0 occasionne une sensation de constriction à la gorge et une forte ulcère. Bien des malades ne purent même supporter les derniers attouchements qui provoquaient une irritation considérable malgré l'emploi de la cocaïne: la brûlure se faisant sentir dès que l'action anesthésique de ce médicament était épuisée. Une fois l'un des malades eut une hémoptysie.

Malgré tout l'auteur voulut arriver à la dose conseillée par les promoteurs de la méthode (80 0/0), et après avoir anesthésié le larynx avec la cocaïne, il toucha le larynx d'une malade graduellement habituée au tropique. Cette dernière fut prise aussitôt d'un accès de spasme de la glotte si violent que, malgré l'emploi du chloroforme, il fallut pratiquer la respiration artificielle pour la ranimer.

D'après les expériences, l'acide lactique employé en solution légère n'exerce une influence salutaire bien nette sur les ulcérations de l'organe vocal, les solutions plus fortes mortifient le tissu et amènent une réaction locale excessive sans bienfait pour le malade.

Il termine en disant qu'il préfère encore la solution éthérée d'iodoforme à l'acide lactique, ce dernier n'ayant aucune action spéciale sur la tuberculose du larynx.

Comme depuis longtemps déjà le procès des caustiques est jugé et que la plupart, pour ne pas dire tous les laryngologistes ont renoncé à leur emploi pour la laryngite tuberculeuse, l'on ne sera pas étonné de la non-efficacité de l'acide lactique pour les cas de ce genre. Ce dernier a de plus le grave inconvénient de produire des accès de spasme parfois dangereux, les malades n'ayant bien souvent qu'une surface respiratoire très limitée.

Nous ne doutons pas du reste que la méthode de Krause, récemment encore préconisée par Hering, ne soit bientôt délaissée non seulement comme inefficace, mais comme dangereuse (*Bolet. delle mal. dell'orech.. etc*, nº 3, mai 1886).

Tuberculose et syphilis du larynx et pharynx,
par M. le professeur de Renzi.

Cas très important et évident de syphilis du larynx et du pharynx sans lésions pulmonaires. L'examen micro-chimique démontra dans l'expectoration, recueillie directement du larynx, le bacille de Koch. L'auteur, se basant sur ce cas, étudie les formes de la tuberculose du larynx, la question de la tuberculose primaire de cet organe, les caractères distinctifs de la tuberculose et de la syphylis et la possibilité des deux infections dans le même individu. Il parle aussi de la possibilité de la guérison. Dr Cardone.

ORBILLES.

Occlusion membraneuse du conduit auditif externe (*Membranous occlusion of the external auditory canal*), par le Dr H. Rothholz.

Le malade, à l'heure actuelle âgé de vingt-cinq ans, était atteint depuis son enfance d'un écoulement purulent de l'oreille droite, probablement aussi de l'oreille gauche.

Vers l'âge de quinze ans, l'écoulement cessa tout à coup, et l'audition fut considérablement diminuée; plus tard, la surdité devint encore plus grande, et depuis un an il a des bourdonnements. Il n'a jamais éprouvé de douleurs.

L'acoumètre de Politzer est entendu des deux côtés à 30 centimètres. La perception cranienne, pour le diapason, est conservée des deux côtés. A droite, à la place de la

membrane du tympan, on voyait une membrane très lâche, que l'auteur prit d'abord pour le tympan lui-même. La douche d'air ne produisant aucune amélioration, l'auteur enlève cette membrane et à travers la plaie, séparée de la première de quelques millimètres, il aperçoit une seconde membrane, le vrai tympan, cette fois. L'auteur détruit complètement ce pseudo-tympan. L'audition fut considérablement améliorée, les bourdonnements cessèrent. Sur la membrane existaient deux perforations non cicatrisées. (*Arch. of otology*, mars 1886.) D[r] J. Ch.

Moyen de faciliter l'extraction des corps étrangers de l'oreille chez les enfants indociles, par le Dr Borencq.

Trouvant que le chloroforme est parfois dangereux à employer, l'auteur dit avoir extrait un morceau de crayon d'ardoise, de forme ronde, solidement fixée dans l'oreille d'un enfant avec une curette. L'enfant étant très indocile, il pria les aides de le lâcher et lui appliqua *en même temps un vigoureux soufflet*; profitant alors de son ahurissement il lui enleva *en un instant* le morceau de crayon.

Il s'agit seulement de savoir si tous les parents consentiraient à l'emploi de cette méthode. Si au lieu de cette curette, l'auteur se fût servi d'une simple seringue, ou autre appareil à injection, le résultat n'eût-il pas été aussi prompt, moins laborieux et moins effrayant! Enfin peut-on espérer toujours retirer le corps du délit avec assez de prestesse avant que l'enfant ne soit revenu de son *ahurissement?* (Le *Moniteur thérapeutique*, n° 9, 6 septembre 1886.)

Chancre mou de l'oreille moyenne (*Soft chancre of the middle ear*), par le Dr Guranowski.

Le cas est fort curieux, peut-être unique dans la science. Il s'agit d'une femme atteinte de chancre phagedénique des parties génitales. La malade avait l'habitude de priser et fut atteinte d'ulcération de la cloison avec écoulement de pus abondant. La matière infectieuse passa sans doute du nez à l'oreille moyenne par la trompe. La malade devint sourde, souffrit de douleurs violentes, le tympan fut perforé et à

travers l'ouverture sortit une grande quantité de pus qu porta l'infection dans le conduit auditif. La malade fut traitée par l'iodoforme introduit dans le nez et l'oreille et par des injections d'eau chaude faites dans la caisse par la trompe. Elle guérit parfaitement et l'audition redevint normale. (*Méd. News*, 21 août 1886.) Dr J. Ch.

Des relations du diabète sucré et des affections de l'oreille (*On diseases of the ear in connection with diabetes mellitus*), par le Dr Schwabach.

Un homme, âgé de quarante-trois ans, diabétique depuis 1870, vint, six ans plus tard, trouver le Dr Schwabach. Il se plaignait de douleurs dans l'oreille droite compliquées de bourdonnements et de surdité. La pression sur l'apophyse mastoïde était douloureuse. Otorrhée, perforation du tympan, plus tard, paralysies faciales; en raison du gonflement de l'apophyse mastoïdienne, on dut pratiquer une incision. L'affection de l'oreille guérit, mais quelque temps après, il mourut d'apoplexie.

Schwabach rapproche cette observation des cas publiés par Toynbee, Raynaud, Kirchner et décrite par ce dernier, sous le nom d'otite moyenne diabétique. Dans ces différents cas, l'otite survint brusquement sans cause appréciable; l'inflammation, en dépit du traitement, atteint toujours l'apophyse mastoïde, et s'y manifeste avec une grande violence. Mais dans les cas de ce genre, on ne doit toucher à l'apophyse mastoïde qu'à la dernière extrémité. (*Deutsch. med. Vochens.* N° 52, 1886 et *The Lond. med. Rec.* 16 août 1886.)

Dr J. Ch.

VARIA.

Les effets de la thyroïdectomie totale. « Cachexia strumipriva. » Les injections iodées.

Les Reverdins, sous le nom de *cachexia strumipriva* ou sous celui de myxœdème opératoire, ont décrit les accidents bizarres qui accompagnent très souvent les extirpations totales et mêmes partielles du corps thyroïde. Kocher (de Berne) a

confirmé les assertions des deux chirurgiens génevois. Il en résulte qu'au point de vue pratique, la thyroïdectomie totale n'est plus une opération physiologiquement permise (A. Broca). Il reste donc la thyroïdectomie partielle ou mieux le traitement par les injections ïodées.

Avant de pratiquer l'injection on enfonce l'aiguille de la seringue de Pravaz séparée du corps de pompe et l'on s'en sert comme d'un trocart. Alors :

1° Ou il s'écoule du sang et on doit craindre d'avoir pénétré dans une veine ; on retire la canule et on la replonge dans un autre point;

2° Ou il s'écoule un liquide brun, verdâtre, on est dans une cavité kystique ; on laisse écouler ce liquide et on fait l'injection ensuite;

3° Ou bien il ne sort ni sang, ni liquide kystique ; on attend un instant, puis on pratique l'injection.

En règle générale, on doit commencer par de faibles doses de teinture d'iode pure, douze à quinze gouttes; on pourra aller jusqu'à 1 gramme plus tard. Quelquefois une seule injection suffit. Dans certains goîtres gros et anciens, il faut aller jusqu'à 50 ou 60 injections, en moyenne 9 injections suffisent. (*La thérap. contemp. Med. et Chir.*, 22 octobre 1886.)

D[r] J. Ch.

D'une variété nouvelle de kystes du cou (*Kystes crico-tyroïdien*), par Paul Blocq, interne des Hôpitaux.

Le but que se propose l'auteur, dans ce travail, c'est de chercher à montrer, sous une physionomie particulière, le kyste crico-thyroïdien, qu'il va s'efforcer de différencier de ses congénères. Il rapporte à cet effet, trois observations : la premièrc concerne un kyste crico-thyroïdien congénital constaté chez une jeune fille de seize ans. Sans antécédents héréditaires ou personnels. Sa tumeur, toute petite dès le début, aurait augmenté progressivement, et ce sont seulement des raisons d'esthétique qui l'amènent à l'hôpital. Tout au plus, existe-t-il un peu de gêne à la déglutition, une légère raucité de la voix occasionnée par la tumeur

adhérente au larynx dont elle suit les mouvements.

Il s'agit, dans le second cas, d'un kyste crico-thyroïdien suppuré chez un tuberculeux. Deux mois auparavant, sans cause appréciable, s'était montrée une petite tumeur, qui a grossi insensiblement, sans douleurs ni changement de la coloration de la peau. Il existe de la fluctuation, de la gêne de la déglution, de la raucité de la voix, des accès de suffocation à la suite des quintes. La tumeur est adhérente au larynx dont elle suit les mouvements. Une incision cruciale donne issue à 30 grammes de liquide environ : il s'ensuit une détente des signes fonctionnels, mais les phénomènes laryngés, raucité de la voix, accès de toux, persistent.

Le troisième kyste crico-tyroïdien, dont M. Blocq rapporte l'observation, s'est rencontré chez une femme âgée de quarante ans, dont les antécédents héréditaires n'offrent aucun intérêt. Sa tumeur avait débuté un an auparavant; jamais elle n'avait occasionné de douleurs; mais lors de son arrivée à l'hôpital, elle venait solliciter une intervention à cause de la gêne qu'elle éprouvait. La tumeur située sur la ligne médiane adhérait au larynx dont elle partageait les mouvements. La malade ayant été opérée, put sortir 17 jours après; mais, deux mois et demi plus tard, elle revenait avec une dyspnée très vive, à accès paroxystiques rapprochés. Deux jours après on était contraint de pratiquer la trachéotomie; mais il ne survint aucune amélioration et la malade mourut le soir même avec un emphysème généralisé. A l'autopsie, on trouva du côté du larynx une altération de la muqueuse, due à l'œdème purulent du tissu sous-muqueux. La membrane crico-thyroïdienne présente les traces du travail de suppuration dont elle a été le siège.

Après avoir relaté ces trois observations, M. Blocq donne un aperçu historique où il montre l'omission faite par les auteurs de la variété de kystes dont il parle.

Ces kystes sont caractérisés par leur siège, leurs rapports et un *processus évolutif* spécial. Dans tous les cas, les kystes ont paru purement séreux; uniloculaires, sans adhérences superficielles. Leur siège, toujours le même, est le ligament

crico-tyroïdien, c'est dire quels rapports ils peuvent affecter. Les trous dont est percé le ligament crico-thyroïdien permettent de comprendre la propagation de l'inflammation de dehors en dedans ou inversement et expliquent en même temps les anomalies évolutives de ces néoplasmes.

Ces kystes peuvent être congénitaux ou acquis; il serait actuellement difficile d'en déterminer les causes exactes. On pouvait les supposer formés aux dépens d'une synoviale accidentelle, située au-devant de la membrane crico-tyroïdienne, Il paraît plus juste à l'auteur de les voir provenir d'une ésion séreuse formée sous l'influence de mouvements continus, dans le tissu cellulaire, et s'accusant parfois jusqu'à devenir un kyste.

Lentement développées, ces tumeurs ne se révèlent aux malades, qu'alors qu'elles ont acquis un volume assez considérable. A ce moment, elles donnent lieu à deux sortes de symptômes : les uns fonctionnels, les autres physiques, beaucoup plus importants.

Au point de vue diagnostique, l'auteur signale les différentes tumeurs de la région qui peuvent être confondues avec celles qu'il étudie; il rappelle en outre que dans la région médiane du cou, n'existent que deux productions kystiques : 1° Les kystes pré-thyroïdiens, assez rares; 2° les kystes hyo-thyroïdiens.

Les procédés curateurs seront ici : la ponction simple ou suivie d'injection iodée, l'incision et l'excision. Il faut savoir rester dans l'expectative lorsque la tumeur ne provoque pas d'accidents.

Les conclusions auxquelles arrive M. Blocq à la fin de son travail sont les suivantes :

1° Existence d'une variété de tumeurs dites kystes : crico-thyroïdiens;

2° Communication possible de ces kystes avec la membrane de revêtement du larynx au moyen de tissus musculaires;

3° Existence congénitale possible de ces kystes;

4° Provenance probable d'une bourse séreuse situee dansle tissu cellulaire;

5° Ils ont un caractère symptomatique qui est la raucité de la voix ;

6° Ils peuvent déterminer dans certains cas des accidents graves, toujours, à cause de leur contiguité avec le larynx;

7° En présence d'une semblable complication reconnue, l'intervention chirurgicale curative ne sera tentée qu'en cas d'urgence absolue.

8° On donnera la préférence à la ponction suivie de compression ; n'avoir recours à l'incision qu'en dernier lieu (*Gazette méd. de Paris*, nos 12, 13, 16 et 17, 1886).

M. NATIER.

Tumeur du corps thyroïde, mort, autopsie, par M. GUILLET.

Goître remontant à cinq ans, chez une femme de trente-sept ans, soumis à un traitement prolongé par les injections interstitielles de teinture d'iode; diminution du goître; cessation du traitement pendant un an et demi ; puis, apparition de phénomènes douloureux et inflammatoires au niveau de la tumeur; mort au bout de six mois. A l'autopsie, tumeur développée aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde constituée par une grande poche unique, dont la paroi très épaisse en avant, mince en arrière, est formée par des tissus fibreux, présentant des points de calcification; cette poche contient une quantité considérable de fibrine coagulée. Nous insisterons, dit l'auteur : 1° sur la nature de la tumeur, véritable poche anévrysmale développée aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde; 2° sur le traitement spécial auquel avait été soumise la tumeur un an avant l'apparition des phénomènes douloureux et inflammatoires (*Le Progrès Méd.* 9 oct., 1886).

Dr J. CH.

Du goître exophtalmique.

Le Dr J. HUTCHINSON rapporte un cas de guérison chez un malade ayant présenté pendant plusieurs années, les symptômes caractéristiques ; une albuminurie concomitante a aussi complètement disparu. Il n'existe actuellement qu'un peu d'intermittence du pouls et de tuméfaction de la glande thy-

roïde. Plusieurs remèdes ayant été employés, il serait difficile de dire quel a été le plus utile.

L'albuminurie serait assez fréquemment constatée, elle peut n'apparaître que le matin.

Pronostic très incertain, mais nullement plus grave chez l'homme que chez la femme, ainsi que l'a affirmé Niemeyer. Le goître exophtalmique ne se développe presque jamais pendant la grossesse.

Comme remèdes internes, bromure de potassium, aconit, digitale et fer; contre l'exophtalmie, applications de glace aux tempes, à la nuque et sur le front.

M. Bristowe a vu un cas de goître exophtalmique dû au froid prolongé, un autre occasionné par la syphilis. Il a eu encore à saigner une jeune femme atteinte d'exophtalmoplégie externe avec ptosis et exophtalmie. Dans un cas, le goître gênait considérablement la respiration et provoquait des accès d'étouffement très pénibles; la mort survint pendant une de ces attaques. Chez une jeune femme atteinte de goître exophtalmique et de lésions valvulaires avancées, la section de l'isthme thyroïde fut pratiquée par Sidney-Jones qui obtint un résultat complet; mais au bout de quatre mois, la malade succombait à son affection cardiaque.

M. Wilsk a pu noter assez souvent une tendance à l'amaigrissement, aux sueurs profuses et à la diarrhée; le symptôme le plus constant est l'accélération des battements du cœur. Pour lui, le goître est surtout fréquent chez les jeunes femmes anémiques. Il ne guérit pas sans traitement; on doit le combattre par la belladone, le fer, l'iodure de potassium et la digitale.

M. Hughlings Jackson a vu le lobe droit plus souvent tuméfié que le gauche; il voit là un rapprochement avec l'action prédominante chez certains animaux du pneumo-gastrique droit sur le cœur.

M. Fitzgerald n'a jamais observé les pulsations de l'artère centrale de la rétine décrites par de Wecker; celles des veines au contraire se voient facilement. Au point de vue du pronostic, les cas les plus favorables sont ceux où l'on voit manquer un ou plusieurs symptômes.

M. West estime qu'il existe un cas de goître exophtalmique sur mille malades; dans les deux tiers des cas, la maladie débute à 30 ans, la proportion des hommes aux femmes est d'environ 3 à 49. Les symptômes peuvent exister tous à la fois ou n'apparaître que successivement. Les pupilles, contrairement à l'opinion de Grœf, peuvent être dilatées.

Dans un cas il a noté de la coloration de la peau; sept fois il a remarqué des oscillations inexplicables de la température. En général, sans cause apparente, la maladie est assez souvent précédée d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Durée variant de deux mois à neuf ans.

M. Higgens a décrit un cas où on s'était résolu à l'occlusion de la fente palpébrale pour obvier à la gêne occasionnée par l'exophtalmie. La malade succomba pendant l'anesthésie, le cervical sympathique était épaissi.

M. Jessop fait remarquer que les symptômes du goître exophtalmiqne peuvent être exagérés au moyen de la cocaïne quand ils ne sont que peu nets ou incomplets (*Lettres d'Angleterre, in S. Med.*, du 19 mai 1886. M. Natier.

De la nature de la coqueluche et description d'un nouveau mode de traitement inauguré par le prof. Moncorvo, de Rio-de-Janeiro (*On the nature of Whooping-cough with a description of a new mode of treatement introduced by professor Moncorvo of Rio de Janeiro)*, par le Dr William H. Bartow.

L'auteur fait l'historique des différentes théories qui ont été successivement émises sur les causes de la coqueluche et sur les divers modes de traitement mis en usage pour la combattre. La nature parasitaire de cette affection a été soutenue par un grand nombre. Le professeur Moncorvo, partant de cette idée, soumit à l'examen microscopique les matières expectorées par les malades. Dans les matières expectorées, il découvrit une grande quantité de petites masses jaunâtres, irrégulièrement arrondies, d'autant plus abondantes, que la maladie en était arrivée à son plus haut degré et dont le nombre diminuait en même temps que celui des quintes de toux. Soumises à l'examen microscopique sans

addition d'aucune substance colorante, ces masses apparu rent formées de cellules épithéliales polyédriques, irrégulières, nucléées de globules de pus, de globulins et d'une quantité considérable de micrococci. Tous ces éléments étaient enfermés au sein d'une matière amorphe, très gluante, constituant une gangue à ce magma. Les cellules épithéliales affectaient différentes grandeurs et des formes diverses. Elles étaient toutes munies d'un noyau qu'on constatait. Chose remarquable, dans l'intérieur des cellules, on trouvait en très grand nombre de véritables spores de micrococcus, très petits et fort brillants. Les micrococci, accolés entre eux, formaient de véritables chaînes ou des chapelets, ou bien étaient isolés et distants. Leur abondance devenait bien plus marquée, lorsque la préparation était colorée au picrocarmin ou au violet de méthile. Les micrococci étaient bien moins nombreux dans les matières expectorées par les sujets chez lesquels la coqueluche était à son début, ou touchait à sa fin.

La nature parasitaire de la coqueluche une fois admise, on devait être amené tout naturellement à la combattre à l'aide des antiseptiques. L'acide phénique fut employé en inhalations et Parrot le considère comme un remède héroïque, sinon comme un spécifique de la coqueluche. Tordeus en Belgique, fit usage du benzoate de soude. Keuster employa les inhalations de thymol : les sels de quinine, ont été employés, eux aussi, surtout en Amérique. Moncorvo, le premier, fit usage de solution de résorcine, à 1 p. 0/0. Il l'employa en badigeonnage du pharynx et du larynx, faits à l'aide d'un pinceau. Au début, les crises augmentent en nombre et en durée, mais au bout de trois ou quatre jours, elles diminuent rapidement.

L'auteur a traité de cette façon cinquante malades ; dans ce nombre, plusieurs présentaient de graves complications (broncho-pneumonie, bronchite, hemoptysie, pleurésie purulente, etc.), avec un succès complet. Voici quelles sont ses conclusions : 1° La coqueluche doit être rangée parmi les maladies déterminées par l'irritation causée par la présence

de parasites; 2° cette irritation est due à des micrococci qui se reproduisent en grand nombre sur la muqueuse du larynx et du pharynx, infiltrent les cellules épithéliales qui paraissent être particulièrement le siège de leur reproduction et de leur développement; 3° la résorcine en solution à 1 ou 2 p. 0/0, appliquée directement sur les muqueuses de ces organes, dans tous les cas où elle a été employée, s'est montrée très efficace pour diminuer le nombre des accès et finalement amener la guérison de la maladie.

En terminant, l'auteur fait observer qu'on pourrait substituer à la résorcine, l'orcine. Cette dernière substance possède toutes les propriétés de la résorcine sans en avoir les inconvénients (*The Lancet*, 8, 15, 22 mai 1886). Dr J. Ch.

Un cas de rétrécissement de l'œsophage,
Par M. le Dr Bovet.

L'auteur rapporte une observation de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, traité par la dilatation. Il conclut en réunissant les faits saillants de cette observation, à savoir que :

1° Chez ce malade, qui avait eu des hémorragies spontanées antérieures, le cathétérisme n'a provoqué aucune nouvelle perte de sang ;

2° Que la sensation douloureuse provoquée par le passage de l'olive ou des aliments au point rétréci, c'est-à-dire vers le tiers moyen de l'œsophage, était toujours rapportée par la malade à l'entrée du pharynx ;

3° Que l'emploi de la cocaïne a facilité sensiblement le cathétérisme ;

4° Que le traitement par la dilatation progressive a procuré à la malade, qui se voyait condamnée à mourir de faim, plus de sept semaines de survie (*Union médicale*, 26 mai 1886).

Dr J. Ch.

Cautérisation des ulcérations de la langue dans la coqueluche, par le Dr Gay.

L'auteur a obtenu la guérison de la coqueluche simplement par la cautérisation des ulcérations de la face inférieure de

la langue. Il cautérisa les ulcérations au nitrate d'argent et fit un badigeonnage de la bouche avec la matière suivante : Miel blanc, 30 grammes, acide chlorhydrique, 30 grammes. Il suffit, dans le cas rapporté, de quatre cautérisations suivies de quatre badigeonnages pour guérir le malade. (*Gaz. des Hop.*, 10 juillet 1886.) D[r] J. Ch.

Arrêt de développement et vice de conformation de l'œsophage, par M. Boisvert, interne des hôpitaux de Bordeaux.

Il s'agit d'un enfant né avant terme d'une mère manifestement strumeuse. Dès qu'il prenait le sein, il présentait des symptômes d'asphyxie. Il mourut le neuvième jour. A l'autopsie on trouve à la partie inférieure et postérieure du pharynx au niveau des cartilages aryténoïdes un orifice plus petit que ne l'est l'orifice supérieur de l'œsophage, qui conduisait dans un cul-de-sac situé en arrière de la trachée et en avant de la colonne vertébrale, dilaté à sa partie moyenne, ayant une longueur de quatre centimètres. C'était là ce qui constituait la partie supérieure de l'œsophage.

A la bifurcation de la trachée on trouvait un conduit dans la direction même de l'axe trachéal qui, après une étendue de trois centimètres et demi débouchait directement dans l'estomac, c'était la seconde partie de l'œsophage (*Journal de médecine de Bordeaux*, 24 octobre 1886). D[r] J. Ch.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

A. H. — Origine et parcours des nerfs gustatifs de la partie antérieure de la langue (Lettre suisse in *Sem. medic.*, 29 décembre 1886.

Amicis (de), rédigé par Ducrey. — Sur un cas rare de sténose pharyngée due à une syphilis constitutionnelle (*Rivista clin. e terapeut.*, nos 11 et 12, novembre et décembre 1886).

Ariza (R.). — Pharyngite tuberculeuse aiguë (*Anales de Otol. y lar.*, etc., n° 10, 1886.

Balfour-Graham. — Langue noire (*Brit. Med. Journ.*, 8 janv. 1887).

Beall. — Paralysie consécutive à l'amygdalite (St-Louis, *Med. and Surg. Journ.*, 1886, I, p. 279).

Bockhart (M.). — Cocaïne comme remède anodin dans la stomatite mercurielle (*Monatssch. f. prakt. Dermat. Hambourg*, 1886, V, p. 65-70).

Bourrée. — Contribution à l'étude de la grenouillette aiguë sublinguale (*Thèse Paris*, décem. 1886).

Degle. — Contribution à l'étude de la glossodynie ex foliative (*Wien. Med. Presse*, 21 nov. 1886).

Ducrey. — Cas rare de sténose pharyngée syphilitique, contribution anatomo-pathologique à l'étude de la syphilis (*Rivista clin. térap.*, nos 11 et 12, Naples 1886).

Dudley S. **Reynolds.** — Scrofulose pharyngo-tonsillaire (*The med. and surg. Reporter*, 27 nov. 1886).

Feurer. — De la tuberculose de la langue (*Correspondenzbl. f. Schweizer Arzte.*, n° 16, 1886).

Freudenberg (A.). — Du muguet chez l'adulte sain (*Centralbl. f. Klin. Med.*, n° 46, 27 nov. 1886).

George-Arthur. — Un nouveau mode de traitement des divisions de la voûte palatine (*Arch. di ortopedia analy. in Gaz. med. di Roma*, 15 nov. 1886, p. 520).

Haig-Brown. — De l'amygdalite des adolescents (Londres, 1886).

Heurtaux. — Epithélioma de la langue (*Soc. anat. de Nantes*, 8 décembre et *Gaz. med. de Nantes*, 9 janvier 1887).

Hublé. — Suicide par coup de feu dans la bouche (*Soc. de méd. légale*, 10 janvier; Anal. *in Sem. med.*, 12 janvier 1887).

Illingworth. — Fissures de la langue (Correspondance de *The Lancet*, 4 déc. 1886, p. 1108).

Jacobi. — De l'amygdalite folliculaire (*The med. Rec.*, 27 nov. 1886 et *Discuss. in N.-Y. acad. of med.*, 16 nov., p. 609).

Jesset (P.-B.). — Du cancer de la bouche, de la langue et du canal alimentaire (J. et A. Churchill, édit., Londres 1886).

Lecerf. — Corps étranger du pharynx (*Bullet. med. du Nord*, n° 10, octobre 1886).

Morales-Perez. — Kyste du sinus maxillaire; résection partielle de cet os, guérison (*Gaceta med. Catalana*, 15 janv. 1887).

Orwin. — Syphilis héréditaire de la langue (*Brit. Med. journ.*, 1er janvier 1887, p. 16).

Owen (Ed.). — Deux cas de division de la voûte palatine (*The Lancet*, 11 déc. 1886, p. 1129).

Paget (St.). — Tumeurs du palais (*Path. soc. of London* et *The Lancet*, 11 déc. 1886).

Steward (F.). — La bouche (James M. Geachy, édit., Glascow., 1886).

Sommerbrodt. — De l'hydrargyrisme localisé dans le pharynx (*Berliner klin. Wochensch*, n° 47, 22 nov. 1886).

Sullivan.— Kyste de la langue (*Physic. and Surg. Ann. Arbor. Michigan*, 1886, VIII, p. 302).

Swain. — Des glandes sébacées de la base de la langue et de leur hypertrophie (*D. Arch. f. Klin. Med.*, XXXIX, 5 et 6).

Thorburn. — Epithélioma de la langue (*The Brit. Med. journ.*, 1er janvier 1887, p. 18).

Verneuil. — Epithéliomas de la langue, leur ablation (*Soc. de Chir.*, 24 novembre 1886).

Wheeler. — Pharyngocèle et dilitation du pharynx avec un diverticulum de la partie inférieure du pharynx, suivant le bord postérieur de l'œsophage, pharyngotomie, guérison (1er cas de ce genre) (*The Dublin journ. of Med. Sc.*, 1er nov. 1886).

White (J.). — Résultat des travaux faits à l'infirmerie de Richmond sur les maladies des yeux et de l'oreille, de la gorge et du nez (*Journ. of Améric. Med. Assoc.*, 20 nov. 1886, p. 580).

Viard. — Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de l'arrière-gorge (*Thèse Paris*, 1887).

Vignal. — Recherches sur les micro-organismes de la bouche (*Arch. de Physiol.*, 15 nov. 1886).

Nez et Pharynx nasal.

Allen. — De l'asthme, ses causes et son traitement (*Americ. rhinolog. Assoc.*, 5 octobre 1886).

Allen. — Effets de la variole sur la membrane muqueuse des voies aériennes supérieures (*Americ. rhinol. Assoc.*, 7 octobre 1886).

Aschenbrandt. — Le rôle du nez dans la respiration (In-8°, Wurzbourg, 1886).

Bargellini. — De la prophylaxie de l'éternuement et de l'épistaxis (*Arch. Internaz. di lar. ot., etc.*, fasc. IV, 15 décembre 1886).

Bassompierre. — Note sur un cas de polype muqueux du nez, emploi de la cocaïne comme anesthésique; avantages, inconvénients (*Arch. de Méd et pharm. mil.*, Paris, 1886, VII, p. 482-484).

Baum (Ch.) — Symptômes d'empoisonnement par suite de l'emploi de l'atropine dans le coryza aigu (Correspondance du *Philadelphia Med. Times*, 25 déc. 1886).

Benda. — Démonstration d'un cas d' « hyperrhinencéphalie » (nom donné à un vice de conformation qui consiste dans une hypertrophie des nerfs olfactifs) (*Berliner med. Gesellsch.*, 1er déc., *Berl. Klin. Wochensch.*, n° 5, 20 déc. 1886).

Beverley Robinson. — Contribution à l'étude de la fièvre de foins (*Medic. News*, 17 juillet 1886).

Bianchi. — Sur les variétés de l'os onguis et sur les os accessoires des fosses lacrymales et du canal nasal de l'homme (*Gazet. degli Ospitali*, 21 et 28 novembre 1886).

Bouilly. — Polypes naso-pharyngiens (*Gaz. des Hôpit.*, 8 janvier 1887).

Bride (M.). — Végétations adénoïdes (*Med. Chir. Soc. of Edimb.*, 7 avril et *Edimb. med. Journ.*, août 1886, p. 161).

Brown. — De l'acide chronique et de l'acide trichloro-acétique dans le traitement des hypertrophies de la cavité pharyngo-nasale, (St-Louis, *Med. and. surg. Journ.*, n° 5, novembre 1886 et *Amer. rhinol. Assoc.*).

Brydon (J.). — Tamponnement des fosses nasales postérieures (*Brit. med. Journ.*, 8 janv. 1887).

Calmettes. — De l'epistaxis, diagnostic local et traitement (*Bull. soc.-méd. prat. de Paris*, (1884-5), 1886, I, p. 21-27).

Carpenter. — Abus de l'uvulotomie et de l'amygdalotomie, élongation de la luette et hypertrophie des amygdales, suite du catarrhe naso-pharyngien chronique (*Amer. rhinol. Assoc.*, 6 octobre 1886).

Chatellier. — Polype fibro-muqueux des arrières narines, morcellement et extirpation, examen histologique (*Revue mens. de laryng.*, n° 12 et *Annales des mal. de l'or., etc.*, n° 12, 1886).

Collet. — Etude sur les végétations adénoïdes (*Thèse de Lyon*, 1886).

Cornil. — Sur l'étiologie du rhinosclérome (*Journ. des Conn. méd.*, 23 décembre 1886).

Cresswell-Baber. — Examen antérieur des fosses nasales (*Brit. med. Journ.*, 11 déc. 1886).

Donaldson (F.). – Traitement des polypes du nez et des hypertrophies de la muqueuse (*Virginia med. Monthl.* Richmond, nov. 1886, n° 10).

Donaldson (F.). — Opération des polypes naso-pharyngiens par l'électrolyse (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 20 nov. 1886, p. 581).

Fasano. — De l'epistaxis (*Arch. internaz. di lar. otol. etc*, fasc. IV, 15 décembre 1886).

Ferreri (G.). — Des phénomènes réflexes d'origine nasale et injections sous-muqueuses de cocaïne (Rome, 1886).

Fink. — Quelques points relatifs au conduit naso-pharyngien (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 octobre 1886).

Forest Willard (de). — Sarcome embryonnaire de la fosse nasale (*Philadelphia Acad. of surg.*, compte rendu in *Philadelphia med. Times*, 27 novembre 1886).

Gongora. — Contribution à l'étude des affections considérées comme des états hypérémiques du tissu caverneux des cornets inférieurs (*Rivista de lar. otol., etc.*, déc., n° 6, 1886).

Gordon. — De l'importance de reconnaître et de traiter le catarrhe naso-auriculaire (*Americ. rhinol. Assoc.*, 6 octobre 1886).

Gradle (H.). — Affections de la voûte du pharynx (Chicago *Med. Soc.*, 6 déc. et *Journ. of. Americ. Med. Assoc.*, 1er janv. 1887).

Grandmaison (E. de). — Epistaxis, tamponnement avec une boule de caoutchouc (Correspondance de l'*Union méd.*, 23 nov., n° 158).

Grazzi (Vitt) — Parosmie, ses causes, et son traitement (*Bollet. delle malatt. dell' Orech., etc.*, n° 1, janvier 1887).

Hamaker. — Un cas de polype du nez (*Cleveland Med. Gaz.*, 1885-6, I, 399-402).

Hamilton (J.). — Tumeur de l'antre d'Higmore compliquée de polype du nez (*Med. soc. of Colombia*, 27 oct. et *Journ. of Amer. méd. Assoc.*, 4 décembre 1886).

Hendley (Th.). — Calcul du nez (*Brit. med. Journ.*, 11 déc. 1886).

Hendrix. — Rhumes de la première enfance; comment on les prend et comment on les prévient (*Americ. rhinol. Assoc.*, et St-Louis *Med. and. surg. Journ.*, n° 5, nov. 1886).

Hobbs. — Des scarifications dans les hypertrophies nasales (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 octobre 1886).

Hubbelle. — Sténose congénitale du nez (*N.-Y. state med. Assoc.*, 17 nov. *N.-Y. med. Journ.*, 27 nov. 1886).

Jacobson (Nathan). — Tumeur naso-pharyngienne (*N.-York state med. Assoc.*, 16 nov., compte rendu *in N.-Y med. Jour.*, 27 nov. 1886).

Jérard. — Nécrose des os du nez (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 oct. 1886).

Jurasz. — Du sondage du sinus frontal (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 3, 1887).

Klein (de Dayton). — La rhinologie du passé et de l'avenir (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 octobre 1886).

Klein (Carl. H Von). — La rhinologie passée et future (*Journ. of. Amer. Med. Assoc.*, 18 déc. 1886).

Labus. — Méthode pour faciliter l'ablation des polypes muqueux du nez (*Gazetta degli ospitali*, an VIII, n° 3, 1887).

Lazarus. — Du traitement de l'asthme (*Soc. méd. de Berlin*, 8 déc. 1886).

Lazarus. — Du traitement de l'asthme (discussion) (*Berliner Klin. Wochen.* n° 52, 27 déc. 1886).

Levy (E.). — Des végétations adénoïdes de la cavité nasale (*Revue Med. de l'Est.*, fasc. n° 7, 1er janv. 1887).

Lœwy. — Des déviations de la cloison (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 47, 22 nov. 1886).

Logan. — Sur une forme d'inflammation catarrhale atrophique et hypertrophique combinées, qui n'a pas encore été décrite (St-Louis, *Med. and surg. Journ.*, n° 5, nov. 1886).

Maas. — Des différentes méthodes pour enlever les corps étrangers des fosses nasales (Wurzbourg, 1885, chez Stabel, extrait des *Sitzungsber d. phys.-med. Gesellschaft zie Wurzbourg*).

Major. — Nouveau serre-nœud pour le nez (*The Lancet*, 4 déc. 1886).

Marks. — Nouveau traitement de la diphtérie (*Americ. rhinol. Assoc.*, 6 oct. 1886).

Marshall (S.). — Une dent de sagesse sortie par voie nasale avec remarques (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 nov. 1886, n° 19).

Matthews. — L'Hay fever est-elle une maladie *per se* (*Americ. rhinol. Assoc.*, 7 oct. 1886).

Mays (Th.). — Réflexes d'origine nasale. Nouvelle méthode pour déterminer l'action locale sensitive des médicaments. Note préliminaire. (*Med. News*, 20 nov. 1886).

Monastyrski. — Un cas d'extirpation du maxillaire supérieur et de la fosse nasale droite (*Soc. des médecins de Pétersbourg*, 13 mai, in *Petersb. Med. Wochenschr.*, n° 44, 1886).

Moure (E. J.). — Névroses réflexes d'origine nasale (*Soc. de méd. et de chir.*, et *Journal de méd. de Bordeaux*, 19 et 26 déc. 1886).

Moure (E. J.). — Un cas de scrofulose des fosses nasales de la voûte palatine et du larynx (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux* et *Journal de med. de Bordeaux*, 2 janvier 1887).

Munk. — Un cas de spasme sternutatoire, guérison par la cocaïne (*Wien. med. Presse*, n° 51, 19 déc. 1886).

Noquet. — Considérations sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (*Bull. méd. du Nord*, n° 11, nov. 1886).

North (J.). — Du catarrhe naso-pharyngien chronique cause de névrosthénie (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 octobre 1886).

Raaf (B.). — Du traitement de l'asthme d'origine nasale (chez Haupt Mann, 27 pages, Bonn, 1886).

Rossi. — Les polypes naso-pharyngiens et l'électrolyse (Rome, 1886).

Rumbold. — Du traitement de l'Hay fever « pruritic catarrh » (*Amer. rhinol. Assoc.*, 7 oct. 1886).

Rumbold (F.). — Influence du coryza chronique sur la conjonctive (St-Louis, *Med. and surg. Journ.*, nº 5, nov. 1886).

Rumbold. — Hygiène spécial des asthmatiques et de ceux qui sont atteints de fièvre de foin (*The Americ. prat. and News*, nº 25, 11 déc. 1886).

Rumbold (Th.). — Procédés chirurgicaux pour guérir la fièvre de foins (*Journ. of. the Amer. Med. Assoc.*, 1er janv. 1887).

Schaeffer (M.). — Communications rhinologiques (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, nº 11, 1886).

Schmidt. — Rhinoscopie. Cours manuel pour médecins et étudiants (Pétersbourg, 1886, 60 pages).

Schoetz. — Exhibition d'un rhinolite (*Soc. méd. de Berlin*, 15 déc. 1886).

Verdos. — Dates cliniques pour l'histoire de la syphilis du nez et de l'oreille (*Anal. de Otol. y lar.*, nos 10 et 11, 1886).

Woltering. — Opération d'un rétrécissement osseux des fosses nasales à l'aide d'une pince ostéotome coupante (*Monatsschr. h. Ohrenheilk.*, nº 10, octobre 1886).

Wright. — Sur quelques formes d'obstruction nasale (*Manchest. med. chi.*, juillet 1886).

Wyss (A. S.). — Etude clinique des complications auriculaires de l'ozène (Genève, Rivera et Dubois, 1886).

Ztem. — Des accidents névralgiques et nerveux qui accompagnent les affections nasales et pharyngées (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, nos 8 et 9, août et septembre 1886).

XX. — Hyperplasie et hypertrophie nasales (St-Louis, *Med. Journ.*, nº 5, nov. 1886).

Larynx et Trachée.

Amory de Blois (Th.). — Cas d'abcès du larynx (*The N.-Y. Med. Journ.*, 18 déc. 1886).

Ariza (R.). — Considérations sur la laryngite syphilitique tertiaire (*Anal. de Otol. y lar.*, nº 11, 1886).

Ariza. — Pharyngite tuberculeuse aiguë (*Revista de Med. y Cirurg.*, 7 décembre 1886).

Barbier (H.). — Déterminations tardives de la rougeole sur le larynx (*Revue des Maladies de l'enfance*).

Beeston. — Un cas de corps étranger du larynx. Trachéotomie rapide. Guérison (*Australian Med. Gaz. Sydney*, 1885-6, V, p. 279).

Bouchut. — Tubage du larynx (*Paris Med.*, 8 janvier 1887).

Bride (Mc). — Affections peu communes de l'oreille, du nez et du larynx (*Edimb. Med. Journ.*, mai 1886).

Carmichael (J.). — Du catarrhe bronchique des enfants (*Edimb. Med. Journ.*, octobre et novembre 1886).

Chatain. — Tubage du larynx dans le croup (*The Améric. pract. news*, 13 novembre 1886).

Colcott-Fox. — Lupuus du larynx (*Med. Soc. of London. The Lancet*, 25 novembre 1886).

Colles. — De la sténose de la trachée consécutive à la trachéotomie faite pour le croup et la diphthérie (*Ann. surg.* Saint-Louis, 1886, III, p. 499-507).

Fraenkel (B.), — Premier cas de guérison d'un cancroïde laryngé par l'extirpation par les voies naturelles (*Arch. f. Klin chir.*, XXXIV, p. 280-286).

Dudley (S.) **Reynold.** — Ulcération syphilitique du larynx (*The med. and. surg. Report.*, 27 novembre 1886).

Ewart. — Dyspnée occasionnée par la compression exercée par les ganglions bronchiques hypertrophiés (*The Lancet*, 1er janvier 1887, p. 23).

Garel. — De la gymnastique vocale dans le traitement de la voix eunuchoïde et de l'aphasie hystérique (*Prov. med.*, 25 décembre 1886).

Godet (C.-E.). — Résultat de l'intervention chirurgicale dans quelques carcinomes (larynx, tube digestif, utérus) (*Thèse*, 10 décembre 1886).

Gussenbauer. — Cas de sténose laryngo-trachéale (*Soc. des médecins Allemands de Prague*, 5 novembre 1886).

Hamon du Fougeray. — Des injections rectales gazeuses. Modifications (*Gaz. des Hôp.*, 27 novembre 1886).

Harison et Lunn. — Brûlure du larynx chez un enfant, trachéotomie, guérison (*The Lancet*, 18 décembre 1886).

Hartmann. — De la trachéotomie dans la première enfance (*Archiv. de med. y cirurg. de los niños*, no 23, 30 novembre 1886).

Herff (O.). — Contribution à l'étude des observations laryngoscopiques dans la coqueluche (*Deutsch Arch. f. klin Med.*, XXXIX Bd, Heft 3 et 4).

Hatton. — Hémorragie de l'artère innominée après la trachéotomie (*Brit. Med. Journ.*, 4 décembre 1886, p. 1102).

Hope. — Modification de l'opération dans les sténoses laryngées d'origine paralytiques (*The N.-Y. Med. Journ.*, 20 novembre 1886).

Haner O Bates. — Tubage du larynx chez un enfant de neuf mois, guérison (*The Med. Réc.*, 18 octobre 1886).

Jarvis (W.-Chap.). — Nouvelle méthode pour enlever les tumeurs sous-glottiques, avec une observation (*The N-Y. Med. Journ.*, 27 novembre 1886).

Juan B. Justo. — Plaie pénétrante du larynx (*Révista Argentina de cienc. med.*, n° 8, août 1886).

Jurasz. — Un morceau d'os dans le larynx d'un enfant de vingt-deux mois et extrait à l'aide du laryngoscope diagnostiqué (*Monatsschr. f. Ohrenheilk*, n° 12, décembre 1886).

Kinight. — Un cas de périchondrite du larynx (*The N.-Y. Med. Journ.*, 1er janv. 1887).

Kōhl. — Perforation de la paroi postérieure du larynx par un bouton avalé. Sténose laryngée. Trachéotomie pour un croup supposé. Mort par inanition (*Schweizer Correspondenzbl.*, 1886, p. 627).

Koretski. — Opérations dans les cas d'obstruction des organes respiratoires (*Chir. Vestin K.*, Pétersbourg, 1886, II, p. 415, 429).

Lemmander. — Trachéotomie avec le thermocautère de Paquelin (*Svens. Lick, Sallsk, n. Handl.*, Stockholm, 1886, p. 137-170).

Lloyd (Jordan). — Extirpation du larynx, sans trachéotomie préalable (*The Lancet*, 15 janv. 1887).

Lublinski. — Laryngite sèche (*Deutsche med.*, Ztg, n° 99, 9, déc. 1886).

Lublinski. — De l'iodol dans la tuberculose laryngée (*Soc. de médecine interne de Berlin*, 29 nov. in *Deutsche med.* Ztg., no 99, 9 déc. 1886).

Mac Coy (H.). — Papillomes du larynx (*The med. and. surg. Report.* 20 nov. 1886).

Mac-Coy (Alex.). — Le galvano-cautère dans le traitement des papillomes du larynx (*Med. News*, 1er janv. 1887).

Mackenzie (J ; et Cotterill. — Sur un cas de tumeur intra-trachéale (*Discus. à la med. chir. Soc. of Edimb. anal.*, *in Edimb. med. Journ.*, juin et août 1886, p. 163).

Maclaren. — Brûlure du larynx et de la trachée (pièces anat. in *Edimb. med. Journ.*, oct. 1886, p. 348).

Major (G.). — Injection sous-muqueuse d'acide lactique pour guérir les premières périodes de la phtisie laryngée (*Montréal med. chir. Soc.*, 22 octobre et *Med. News*, 13 novembre 1886).

Major. — Prolapsus des ventricules du larynx (*The N.-Y. Med. Journ.*, 1er janv. 1887).

Masini (O). — Un cas de cancer primitif du larynx (*Arch. Ital. di laring.*, n° 1, janv. 1887).

Masucci. — Des rapports de la spécialité et particulièrement de la laryngologie avec la médecine en général (*Arch. Ital. di laring., etc.*, n° 1 Naples 1887).

Masseï. — Glanes (*Arch. Ital. di laring.*, n° 1, janv. 1887).

Newminn. — Notes sur un cas d'extirpation du larynx pour une affection maligne (*The Lancet*, 24 juill. 1886).

Norris Wolfenden. — Tubage du larynx (revue analytique, in *The Journ. of Laryngol.*, n° 1, vol. I, janv. 1887).

Northrup.— Quelques points concernant le tubage du larynx (*The Med. Rec.*, 1er janv. 1887, correspondance).

Orwin. — Lupus du larynx (*Med. Soc. of London*, 20 oct. Discussion, in *The Brit. med. Journ.*, 1er janv. 1887, p. 16).

Piltan (A.). — Etude sur la physiologie de la respiration des chanteurs (*Acad. des sc. et Union méd.*, 27 nov. 1886).

Ryan. — Gastrotomie et trachéotomie pour un cancer de l'œsophage et du larynx (*The Lancet*, 15 janv. 1887).

Saundbry. — Clinique sur l'ataxie locomotrice. Observations laryngiennes (*The Birmingham med. Revist.*, nov. et déc. 1886, p. 243).

Sapcalin. — Observation de corps étranger de la trachée (*Spitalul, Revista med.*, n° 10, oct. 1886).

Semon (F.). — Du traitement chirurgical de la sténose laryngée paralytique (Correspondance du *Brit. Med. Journ.*, 15 janv. 1887).

Sherwell. — Lupus du larynx (*J. Cutan a. Ven. Dis.*, New-York 1886, IV, p. 146.

Sokolowski. — Contribution à l'étude du cancer laryngé primitif (*Gaz. lek.*, n° 18, 1886).

Somikowski. — Deux cas de fibrome du larynx. Extirpation (*Wratsch.*, Pétersbourg, 1886, VII, p. 419-421).

Strubing. — De l'œdème angionévrotique du larynx (*Réunion des naturalistes et médecins allemands*, 21 sept. 1886, in *Monatsschr.*, *f.Ohrenheilk*, n° 10, oct.1886).

Thorner (M.). — Extraction d'un corps étranger du larynx à l'aide de la méthode M. Voltolini (avec une éponge) (*Monatsschr f. Ohrenheilk*, n° 10, novembre 1886).

Thorner (Max). — Extraction d'une coque de châtaigne du larynx (Correspondance du *Med. News*, 25 déc. 1886).

Valdivieso del Villar. — Laryngite tuberculeuse (*Med. Castellana*, Vallard, 1886, I, p. 6, 30, 57).

Waxham. — Un cas de laryngite pseudo-membraneuse traité par l'électrolyse (*Journ. of Americ. Med. Assoc.*, 1er janv. 1887).

Waxham. — Tubage du larynx (Correspondance du *Med. News*, 1er janvier 1887).

West (S.). — Epithélioma du larynx (*Pathol. soc. of London, et The Lancet*, 11 déc. 1886).

Willits (Mary). — Tubage du larynx dans le croup (*The Americ. pract. and News*, 27 nov. 1886).

Oreilles

Arnold. — Otorrhée, son traitement rationnel (*South. Calif. Pract., Los Angeles*, 1886, I, p. 123-131).

Ayres (W. C.). — Notes complémentaires sur le tympan artificiel (N.-Orléans *Med. and surg. Journ.*, déc. 1886).

Aysaguer. — Traitement des suppurations de l'oreille (formulaire de l'*Union méd.*, 9 janv. 1887).

Baker. — Traitement de l'otite moyenne suppurée (Cleveland, *Med. Gaz.*, 1885-6, I, p. 341-346).

Baker. — Otite moyenne (*N.-Y. med. Journ.*, 13 nov. 1886).

Baratoux. — Nouveaux procédés pour fermer une perforation de la membrane du tympan (*Progrès méd.*, 1er janv. 1887).

Baracz (R.). — Examen d'une tumeur du marteau, inflammation de la caisse (*Przegl. lek Krakow*, 1886, XXV, p. 353-371).

Baronoz. — Contribution à l'étude de la chirurgie de l'organe de l'ouïe (extirpation du marteau et du tympan, (*Prz. lek.*, n° 26, 1886).

Barr (Th.). — Fracture d'un petit morceau de l'anneau tympanique survenue pendant les essais d'extraction d'une aiguille que l'on croyait dans l'oreille (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XVI Bd, 4 Heft 31 déc. 1886).

Battle (F. de Sojo). — Des corps étrangers du conduit auditif externe (*Anal. de Otol. y lar., etc.*, n° 10, 1886).

Bec. — Kyste séreux du pavillon de l'oreille (*Gaz. des Hôp.*, 11 déc. 1886; n° 144).

Bettman (B.). — Un cas d'otite moyenne suppurée avec complications cérébrales (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 1er janv. 1887).

Boerne Bettman. — Un cas d'inflammation purulente de l'oreille moyenne (*Journ. of. Americ. Med. Assoc.*, 1er janv. 1887).

Boettcher. — Revue des recherches nouvelles sur la structure du limaçon et quelques observations personnelles (avec 2 planches) (*Archiv. f. Ohrenheilk.* XXIV Band, 1 Heft, 30 nov. 1886).

Bride (M.) — Affections peu communes de l'oreille, du nez et du larynx (*Edimb. med. Journ.*, mai 1886).

Buck. — Inflammation catarrhale chronique de l'oreille moyenne (*N.-Y. Med. Rec.*, 1er janvier 1887).

Buck (A.). — Inflammation catarrhale chronique de l'oreille moyenne (*The Med. Rec.*, 1er janv. 1887).

Burnett (Ch.). — Otorrhée chronique, sa nature et son traitement (*The Polyclinic*, déc. 1886).

Chotain. — Suppuration aiguë de l'oreille moyenne (*Atlanta Med. and surg. Jour.*, nov. 1886.

Claiborne. — Résumé d'observations d'ophtalmologie et d'otologie (*Gaillard's med. Journ.*, janv. 1887).

Connell. (G. L.). — Opération pour calmer les bourdonnements et améliorer les cas de surdité mal définis (*Med. Age*, 10 nov. 1886).

Cocomes. — Surdité résultant d'un relâchement du tympan (*Med. Herald.*, déc. 1886).

Cousins (W.). — Tintement d'oreilles (*Brit. med. Journ.*, 4 déc. 1886, p. 1102).

Cozzolino (V.). — De la surdité étudiée au point de vue de l'anatomie pathologique, de la bactériologie, de la patogénie et du traitement; De la surdimutité incurable et celle susceptible de traitement, otopiésis (*Bollet. delle Scienz. med. etc.*, oct : 1886, 70, 4. Bologne).

Cozzolino. (V.). — Surdi-mutité congénitale et acquise incurable, et surdimutité acquise susceptible de traitement (Naples 1886).

Cozzolino. — Un cas clinique de la vrai symptomatologie de Menière dans une otite moyenne suppurée chronique (*Bollet. delle malat dell' Orech.*, no 1, janv. 1887).

Cozzolino (V.) — Leçons sur les maladies de l'oreille (Naples, Trani, édit. 1878)

Crippen. — De la relation qui existe entre les maladies de l'oreille et les conditions anormales des organes génitaux de la femme (*Homœop. J. obst.*, New-York 1886, VIII, pp. 429-433.)

Déwèvre. — Hémiplégie urémique et otite hémorragique dans le cours du mal de Bright (*Lyon méd.*, 3 oct. 1886).

Félici (G.). — Notes cliniques sur deux cas de carie de l'apophyse mastoïde consécutive à otite moyenne purulente chronique (Naples, 1887).

Ferreri (Ghi.). — Des lésions de l'oreille dues à la malaria (*Lo Sperimentale*, fasc. 12, 1886).

Flect (Van). — Abcès du cerveau consécutif à une otorrhée (correspondance du *Journ. of Americ. med. Assoc.*, 11 nov. 1886).

Freud (S.). — De l'origine du nerf acoustique (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, nos 8 et 9, août et sept. 1886).

Gowers. — Abcès du lobe temporo-sphénoïdal du cerveau, dû à une otite moyenne et traité avec succès par la trépanation et le drainage (*Brit. med. Journ.*, 11 déc. 1886).

Hutington (Richard). — Cas singulier d'affection mastoïdienne; Perforation spontanée dans un point inaccoutumé (*The med. Rec.*, 11 déc. 1886).

Hale (G.-N.). Suppuration aiguë de l'oreille moyenne (Nashville *Journ. of Med. and surg.*, nov. 1886).

Jacobson. — De la dépendance de l'acuité auditive de la durée de l'audition (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIV, Band, 1 Heft, 30 nov. 1886).

Joy. — Epithélioma du pavillon (*N.-Y. Med. Rec.*, 25 déc. 1886).

Kehn. — Otite moyenne aiguë durant la première dentition (St-Louis, *Med. and surg. Jour.*, no 10, oct. 1886, p. 472).

Laidlaw Pures. — De l'ouïe, examens des personnes appelées aux services publics (*Brit. med. Journ.*, 11 déc. 1886).

Lautenbach (L.). — Cas unique de blessure de l'oreille (*The Polyclinic*, nov. 1886).

Longhi. — Les maladies de l'oreille, la surdité et la surdi-mutité au point de vue civil et médico-légal (*Gazz. med. ital. lomb.*, Milano 1886, VIII, p. 233-237).

Mackenzie (Duncan). — Moyen d'empêcher l'irritation du conduit auditif dans l'otite suppurée (*Brit. med.*, 8 janvier 1887).

Magabbaes. — Otomycosis (In-8°, Rio-Janeiro, 1886).

Milkins. — Otite moyenne (*New England Med. Gaz.*, nov. 1886).

Mitchell. — Une modification de la poire à air de Politzer (*N.-Y. state Med. Assoc.* et *N.-Y. med. Journ.*, 27 nov. 1886).

Montefusco. — Otite et scarlatine (*Arch. Internaz. di lar. Otol., etc.* fasc., IV, 15 déc. 1886).

Paquet. — Corps étranger de l'oreille (*Bull. méd. du Nord*, n° 10, octobre 1886, p. 449).

Pomeroy (O.-D.). — Diagnostic et traitement des maladies de l'oreille (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 11 déc. 1886.

Pooley (Th.). — Névrite optique double et maladie de Menière (*The N.-Y. Med. Journ.*, 8 janv. 1887).

Proudfoot. — Maladie de l'apophyse mastoïde terminée par un abcès du cerveau (Montréal, *Med. chir. Soc.*, 5 nov., compte rendu in *Med. News*, 27 nov. 1886).

Prussak. — Causes de la rupture du tympan (*Ezened. Klin. Gaz.*, Pétersbourg, 1886, VI, p. 53-76-102).

Richey. — Atrophie générale de l'appareil conducteur de l'ouïe (inflammation au début) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XVI Bd, 4 Heft, 31 déc. 1886).

Robb (R.). — Vapeurs de chloroforme dans les douleurs d'oreille (*Brit. med. Journ.*, 27 nov. 1886, p. 1030).

Rolland. — Malformation de l'oreille (*Soc. anatom. de Paris*, oct. 1886).

Rossi (D.). — Relevé statistique d'otologie de 1882 à 1885 (Rome 1886).

Roulleaud. — Anomalie de l'oreille externe, absence du conduit auditif, de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache (*Soc. anatom. de Paris*, 15 décembre 1886, et *Progr. méd.*, 8 janv. 1887).

Rutherford. — Du sens de l'ouïe (*The Lancet*, 1er janv. 1887).

Savage. — Nouvelle méthode pour traiter l'inflammation suppurée de l'oreille moyenne (Nashville, *Journ. of Med. and surg.*, déc. 1886).

Schubert. — Un galvanocautère pour le tympan (*Arch. f. Ohrenheilk.* XXIV Band. 1 Heft, 30 nov. 1886).

Schulte (Ed.). — Une conséquence fâcheuse des instillations d'alcool dans la caisse du tympan (*Bollet. delle malat. dell' Orech. della Gola, etc.*, n° 1. jan. 1887).

Sexton. — L'opération de Sexton dans le traitement radical de l'otorrhée (*The practit. Soc. of N.-Y.*, et *The med. Rec.*, 20 nov. 1886).

Steinbrugge (H.). — 1° Affection labyrinthique double au cours d'une méningite cérébro-spinale; 2° affection labyrinthique dans un cas de leucémie; 3° contribution à l'étude de la fonction du limaçon (*Zeitsch. f. Orenhr.*, XVI Bd, 4 Heft, 31 déc. 1886).

Story (J.). — Exostose du conduit auditif (*The Dublin Journ. of Med. Sc*, janv. 1887).

Suñé y Molist. — Aperçu clinique sur l'histoire des otites compliquées de lésions de l'os temporal (*Revista de lar. Otol. y Rin.*, n° 6, déc. 1886).

Suñé Mylolist. — Notes cliniques pour servir à l'histoire des otites compliquées de lésions osseuses du temporal (*Revista de lar. otol. etc.*, n° 7, janv. 1887).

Symington. — De la portion mastoïdienne de l'os temporal (*Edimb. Med. Journ.*, oct. 1886).

Terrier et Rollin. — Plaie des deux oreilles par balle de revolver, extraction des projectiles, troubles oculaires intellectuels consécutifs. (*Annales des mal. de l'or. et du lar.*, n° 12, 1886).

Turnbull. — Etudes récentes et observations sur les bourdonnements d'oreille (*Med. and Surg. Rep.*, 1 janv. 1887).

Turnbull (L.). — Etude récente et observations sur les bourdonnements d'oreille (*The Med. and Surg. Report.*, 1er janv. 1887).

Voltolini. — Quelques remarques sur les parasites de l'oreille et des fosses nasales chez l'homme et les mammifères (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 8 et 9, août et sep. 1886).

Watraszewki. — Remarques sur un cas de chancre de l'oreille moyenne (*Petersburger med. Wochenschr.*, n° 44, 1886).

Weinlechner. — Ostéome de la région mastoïdienne enlevé par opération. Ouverture des cellules mastoïdiennes; Otite moyenne suppurée consécutive avec perforation du tympan. Guérison (*Monatsschr, f. Ohrenheilk.*, n° 10, nov. 1886).

Whelan. — Un cas de maladie de Menière (*Alabama Med. and Surg. Journ. Birmingh.*, 1886, I, p. 15-18).

Whito. — Résultat des travaux faits à l'infirmerie de Richmond, sur la maladie des yeux, des oreilles, de la gorge et du nez (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 20 nov. 1886, p. 580).

XX. — Quand doit-on seringuer l'oreille (St-Louis, *Med. and Surg. Journ.*, sep. 1886, n° 3).

Croup et Diphtérie.

Albertis (de). — Croup de l'œsophage : examen anatomo-microscopique (*Riforma medica*, an I, n° 261, Naples, 1886).

Bouchut. — Résurrection du tubage de la glotte dans le croup (*Paris méd.*, n° 3, 15 janvier 1887).

Borgi (G.-D.). — Notes pédiatriques : diphtérie, etc. (*Arch. di Pat. Infant.*, an. IV, n° 6, Naples, 1886).

Campbell. — De la diphtérie (*Edimb. med. journ.*, novembre 1886).

Carter. — Analyse de quarante-cinq cas de diphtérie (*Med. news.*, 27 novembre 1886).

Cheatam. — Tubage du larynx dans le croup diphtéritique (*The Améric. pract. and. News.*, 13 novembre 1886).

Concetti (L.). — Cas de diphtérie chronique (*Archiv. di Pat. Infant.*, an. IV, n° 6, Naples 1886).

Descrotzilles. — Croup opéré et guéri, réflexions sur la trachéotomie par les procédés rapides (*France méd.*, 18 déc. 1886).

Freydier-Dubreul. — Du vinaigre combiné à l'acide phénique dans le traitement de la diphtérie (*Cour. méd.*, 27 nov. 1886).

Gonzalez (D.). — L'acide salicylique dans le coryza diphtéritique (*Anal. de Otol. y lar.*, n° 11, 1886).

Gonzalez (de Ségovie). — Réflexions sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la diphtérie (*Archiv. de med. y Cirurg. delos niños*, 31 décembre 1886).

Homer O. Bates. — Tubage du larynx pour un croup diphtéritique chez un enfant de 9 mois, guérison (*The med. Rec. N.-Y.*, 18 déc. 1886).

Herringhym. — Deux cas de paralysie diphtéritique avec affection cardiaque et mouvements choréiques (*Clin. soc. of London* et *Brit. med. journ.*, 18 déc. 1886).

Irving (J.).—Traitement de la diphtérie avant, après que le larynx est atteint (*Brit. med. journ.*, 8 janv. 1887).

Jandoli. — Contribution à la thérapeutique de la diphtérie (*Giorn. med. del R. eser.*, Rome, 1886).

Lancry (G.). — Contribution à l'étude de la contagion de la diphtérie et de la prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants de Paris (*Thèse de Paris*, 10 déc. 1886).

Masini. — De la prétendue analogie de la diphtérie et de la scarlatine (*Lettre aux Arch. Ital. di laryng.*, n° 1, janv. 1887).

Montefusco. — Un cas de diphtérie aiguë (*Arch. Ital. di laring.*, n° 1, janv. 1887).

Mora. — De l'angine diphtéritique (*Courrier méd.*, 1er janv. 1887).

Morton. — Analogie entre le croup et l'asthme (*The Lancet*, 22 janv. 1887, p. 175).

Northrup. — Diphtérie laryngée, tubage, et anatomie pathologique (*N.-York academ. of med.*, 2 déc., et *The med. Rec.*, 11 déc. 1886).

Odent. — Des angines pseudo-membraneuses au cours de la diphtérie (*Thèse Paris*, 1887).

Palopoli. — Règles de conduite dans l'épidémie diphtéritique (*Corigliano*, 1886).

Potain. — Scarlatine ou diphtérie (*Sem. méd.*, 19 janv. 1887).

Paterne. — Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphtérie (*Thèse Paris*, 1887).

Philips (David). — Véritable croup (*The N.-Y. Med. Journ.*, 25 déc. 1886).

Renault. — De la diphtérie consécutive à la rougeole (*Thèse Paris*, 1886).

Renou. — Traitement de la diphtérie (*Gaz. des hôpit.*, 25 déc. 1886).

Seneca Powell. — De l'ozone dans le traitement de la diphtérie (*The med. Rec.*, 4 déc. 1886).

Simon (Jules). — De la diphtérie larvée (*Le praticien*, 27 déc. 1886).

Sorensen. — Croup et trachéotomie (*Nord. med. Ark.*, XVIII).

Suckling. — Paralysie diphtéritique (*Birminghan med. Rev.*, janv. 1887).

Tomas Valera y Jimenez. — Observations d'angines diphtéritiques (*Anales de Otol y laring.*, n° 9, 1886).

Valin. — Étude sur la diphtérie dans le département de la Seine-Inférieure (*Thèse Paris* 1887).

Willito (M.). — Tubage du larynx dans le croup (*The Améric. pract. and News*, 27 nov. 1886).

Winn. — Tubage du larynx dans la diphtérie et le croup pour remplacer la trachéotomie (*Journ. of Amér. méd. Assoc.*, 13 nov. 1886, p. 556).

XX. — La diphtérie (*Le Moniteur thérapeutique*, nº 12, 6 déc. 1886).

XX. — Traitement de la diphtérie (croup, angines couenneuses) (*Revue anal, in Gaz. des hôpit.*, 11 déc. 1886, nº 141).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

Attimont. — Note sur une déviation du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive droite, dans l'adénopathie trachéo-bronchique (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 novembre 1886, nº 2).

Audry. — Angine de poitrine. Goître exophtalmique (*Lyon méd.*, 2 janvier 1887).

Le Bec. — Goître kystique sanguin, injection d'iode, guérison (*Gaz. des hôpitaux*, 1er janvier 1887).

Bennett. — Observations sur le traitement du Dr Bergeon dans les affections chroniques du poumon et des voies aériennes (*Brit. med. journ.*, 18 décembre 1886).

Blachez. — Injections rectales gazeuses (*Soc. de Thérapeut.*, 25 déc. 1886).

Bock. — De la mutité hystérique (*Deutsche med. Ztg.*, nos 103 et 104, 1886).

Braasch (H.). — Contribution à l'étude du cancer de l'œsophage (Kiel, 1886, chez Lipsius et Tischer, 19 pages).

Bremer. — Du vertige essentiel (*Journ. of Amér. med. Assoc.*, 11 décembre 1886).

Bürkner. — De l'utilité pratique de la lumière incandescente du gaz de M. Auer pour l'usage médical (*Berliner Klin. Wochenschr.*, nº 48, 1886).

Burine (D.). — Considérations sur le goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement (*Thèse Paris*, décembre 1886).

Cohen (J. Solis). — Lésions et affections de l'œsophage (*Internat. Encycl. Surg. New-York*, 1886, VI, 1-43).

Collins-Colman. — Des rapports de la folie et du goître exophtalmique (*The Lancet*, 8 janvier 1887).

Coplin. — Deux cas d'arrêt de sifflets (Tay Whistler) dans l'œsophage (*Philad. med. Times*, 11 décembre 1886).

Duguet. — Goîtres et médication iodée interstitielle (*Trib. méd.*, 1er décembre 1886).

Feuilletaud (G.). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des cancers du plancher de la bouche (Paris, 1886, 47 pages).

Flinn (E.). — Rétrécissement de l'œsophage (*Brit. med. journ.*, 1er janvier 1887, p. 19).

Flinn (E.). — Rétrécissement de l'œsophage (*The Lancet*, 22 janv. 1887, p. 177).

Fort (J.-A.). — Kyste du corps thyroïde ; extirpation ; guérison (*Gaz. des Hôp.*, 13 janvier 1887).

Fournier. — Syphilis héréditaire tardive (Paris, 1886).

Gallozzi. — Kyste échinocoque du thyroïde (*Riforma méd.*, an II, n° 288, 1886).

Grancher. — Les adénopathies trachéo-bronchiques (*Revue des mal. de l'enfance*, janvier 1887).

Granger (A.). — Emploi de l'air comprimé et raréfié dans le traitement de la bronchite chronique, de l'emphysème et de l'asthme spasmodique (*Brit. med. journ.*, 18 décembre 1886).

Graziadei. — La ventilation pulmonaire, etc. (*Arch. Internaz. di Laring.*, etc., an I, n° 4, 1886).

Hervouet. — Goître exophtalmique avec autopsie (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 décembre 1886, n° 2).

Heydenreich. — L'énucléation intra-glandulaire du goître (*Sem. méd.*, 12 janvier 1887).

Harley (J.). — Le goître est-il héréditaire? (*Brit. med. journ.*, 27 nov. 1886, p. 1030).

Landouzy. — Goître exophtalmique (*Gaz. des hôp.*, 6 janvier 1887).

Lecomte. — Nouveau traitement des affections des voies respiratoires par les injections rectales gazeuses (*Thèse Paris*, 1887).

Lejars et **Le Roy.** — Goître suppuré, ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne droite. Ligature de la carotide primitive, mort (*Soc. anat. de Paris*, 29 octobre 1886).

Lotio (S.). — La coqueluche et la cocaïne (*Gaz. degli osp.*, 1886, n° 98).

Meuron. — Recherches sur le développement du thynnus et de la glande thyroïde (Genève, in-8°, 1886).

Michael. — Du traitement de la coqueluche (*Archiv. f. Kinderheilk.* Bd. VIII).

Netter. — Gangrène pulmonaire déterminée par une perforation œsophagienne consécutive à l'élimination d'un ganglion bronchique (*Progrès méd.*, 1er janvier 1887).

Notta. — Traitement de l'hypertrophie du corps thyroïde par les injections interstitielles (*Normandie médicale*, 15 septembre 1886).

Reed (J.). — Rétrécissement de l'œsophage (*The med. and surg. Rep.*, 13 novembre 1886).

Reimann. — Deux questions au sujet des anomalies du langage (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 51, 20 décembre 1886).

Renzi (De). — Forme anormale et traitement du goître exophtalmique (*Rivista clin. e Terap.*, janvier, n° 1, 1887).

Robson (Mayo). — Traitement des kystes du corps thyroïde (*The Lancet*, 22 janv. 1887).

Ruault. — Note sur l'emploi du benzoate de soude dans quelques affections catarrhales ou congestives des premières voies (*France méd*, 1 et 4, janvier 1887).

Seifert. — Présentation de la lumière incandescente de M. Auer (*Soc. Physic. med. de Wurzbourg*, *in Münchener med. Wochenschr.*, n° 1, 4 janvier 1887).

Sloan. — Rapport du goître avec la menstruation et la grossesse, et de l'influence du système sympathique sur sa production (*Edimb. med. journ.*, septembre 1886).

Stadelmann. — De la ligature de la carotide (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 36, 7 septembre 1886).

Turner (Ph.). — Abcès rétro-œsophagien, ayant occasionné la mort par compression de la trachée (*The Lancet*, 1er janvier 1887).

Voltolini. — Des opérations électrolytiques avec démonstration d'instruments (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 10, octobre 1886).

Zemann (A.). — De la tuberculose de l'œsophage (*Soc. des médecins de Vienne*, 26 novembre 1886, *in Wiener allg. Ztg.*, n° 48, 30 nov. 1886).

NOUVELLES

Nous lisons dans les *Archivii Italiani de Laringologia*, (nos 3 et 4 — 1886), la revendication suivante de M. le professeur Masséi à propos de *Deux cas remarquables d'érysipèle du larynx avec remarques sur l'étiologie de cette affection* (Due notivoli casi di erisipela laringea primaria con osservazioni sulla natura di questa Malattia), publiés par M. le professeur A. Fasano dans le *Bol. delle malattie dell' orrecchio, della gola e del naso* (Florence 1886).

« Telle est la traduction littérale d'un article qui a également paru, il y a quelques mois dans le *Monats f. Ohrenh*; avec une nouvelle note me concernant et relative à mes études sur le même sujet.

« M. le professeur Fasano, a cru, grâce à cette note, se justifier suffisamment du préjudice qu'il avait pu me porter dans l'édition allemande. Prenant du reste mon silence pour de l'aquiescement, il a fait communiquer aux Archives par la direction de son journal une copie de l'extrait, à laquelle il a joint « *avec prière d'une note. — L'Auteur.* »

» Puisque l'attaque vient de lui, je consens à sortir du silence dans lequel j'étais demeuré jusqu'ici.

» Dans l'édition allemande, M. le professeur Fasano, abrégeant l'histoire de l'érysipèle du larynx, avait simplement avancé que « à Ryland revenait le mérite d'avoir le premier attiré l'attention des cliniciens sur la nature érysipélateuse de certains œdèmes qualifiés d'œdèmes de la glotte. »

» Tous ceux qui ont lu ma monographie sur l'érysipèle du larynx, comprendront facilement combien j'ai dû être affligé d'une citation aussi inexacte, C'est du reste ce qu'a compris le professeur Fasano lui-même qui cherche à s'en excuser par la note à laquelle j'ai fait allusion, et qu'il a écrit en tête de son article, immédiatement au-dessous du titre. Il est dit dans cette note que les auteurs cités avaient parlé d'érysipèle secondaire, alors que c'est moi qui le premier ai défini exactement l'érysipèle laryngé primitif.

» M. le professeur Fasano qui est d'une parfaite loyauté lorsqu'il écrit en italien, aurait dû agir de même quand il écrivait en allemand ou tout au moins envoyer au journal allemand une note rectificative; il eut ainsi fait l'aveu de sa faute, conduite toujours digne d'éloges. Le lecteur pourra du reste voir par la suite que, même en italien, je fus assez malmené par cet auteur.

« Un des deux malades dont on rapporte l'observation mourut, et le professeur

Fasano put, à l'aise, en faire l'autopsie et, par des recherches bactériologiques, établir la nature de l'érysipèle. Tout en confessant que j'avais ignoré jusqu'à ce jour sa compétence en bactériologie, j'avoue qu'il est regrettable qu'il n'ait pas donné aux intéressés communication de ses recherches. Il eût été bon aussi, puisqu'il savait que j'avais lu mon travail devant l'Académie médico-chirurgicale de Naples qu'il choisit pour arbitre le même tribunal.

» Jusqu'ici, le Professeur Fasano et moi nous n'avons eu que des relations très courtoises et, si j'ai bon souvenir, il a durant quelques mois fréquenté mon laboratoire alors que j'étais privat-docent.

» Compatriotes, poursuivant les mêmes études et collaborateurs des mêmes journaux, il aurait dû comprendre que dans cette question importante de l'érysipèle laryngé, c'était rendre hommage à un ami, sans préjudice aucun par ses propres intérêts, que de le citer. Pourquoi dénaturer la vérité auprès des étrangers et paraphraser en le contredisant d'une façon équivoque dans une autre langue, ce qu'en italien, a su dire si clairement? Et après tout, il est bon de dire que lui-même, Fasano d'une sagesse exemplaire et d'un sang-froid exceptionnel, me prie de revoir son article. Aussi ne tarderai-je pas à le satisfaire, et repassant ce qu'il a écrit dans sa préface à propos de l'érysipèle du larynx : *Derniers progrès de la laryngologie*, il est un point que je veux signaler. Ainsi le lecteur pourra se former une juste idée de la manière de voir du professeur Fasano et il comprendra l'empressement qu'il a mis à me rendre justice.

» Voici textuellement, le passage dont il est question :

« Un grand nombre de médecins américains et des plus distingués, avaient, au commencement de ce siècle signalé quelques épidémies d'érysipèle du larynx et des poumons. Semon, Dansel et autres auteurs en observèrent des cas qu'ils qualifièrent d'érysipèle primitif du larynx. La littérature et les traités spéciaux sont déjà riches d'observations sur l'érysipèle primitif du larynx et des poumons. Mon confrère (merci de l'honneur!) le professeur Massei a récemment publié sur ce sujet une monographie dans laquelle, s'appuyant sur des observations faites par lui, il affirme qu'une plus grande extension doit être accordée aux érysipèles primitifs du larynx parmi lesquels doivent être rangés certains cas injustement dénommés œdèmes du larynx. »

— Nous laissons le lecteur seul juge impartial de cette analyse.

» Docteur Massei. »

M. le Dr J. Solis-Cohen vient d'être nommé président de la « *Philadelphia County medical Society* » pour l'année 1887.

Nous apprenons que M. H. Krause, de Berlin, a décliné l'honneur d'être secrétaire de la section laryngologique au Congrès international de Washington.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

LARYNGOMÉTRIE. — CONDITIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE LA VOIX HUMAINE (suite) (1)

Par le Dr MOURA

Chapitre V. — Orifice de l'œsophage.

Quoique n'appartenant pas à l'appareil de la voix, l'orifice de l'œsophage a été soumis à la mensuration millimétrique, afin de compléter cette étude statistique en raison de l'intérêt que présentent aux points de vue anatomique, physiologique et pathologique sa conformation évasée, ses dimensions et sa situation au bas du pharynx et en arrière du cartilage cricoïde.

§ I. — *Chez la femme.*

1° Diamètre de cet orifice : 14 sujets seulement.

Fréquence...... 9 fois 8mm, 1 fois 6, 9, 10, 12 et 13mm.

Extrêmes....... 6 et 13mm.

Variétés......... 7mm.

Moyennes : statistique 8mm7, extrêmes 9mm5. vraie 9mm.

2° Situation, 50 larynx :

Fréquence...... 40 fois sur la ligne médiane, 9 fois à gauche, 1 fois à droite.

3° Distance de l'orifice au bord libre du repli inter-aryténoïdien.

Sur 35 larynx ayant l'orifice œsophagien situé sur la ligne médiane, cette distance ou profondeur a été :

8 fois de 20mm, 4 fois de 25mm, 3 fois de 18, 21, 24, 27 et 28mm, 2 fois de 23mm et 1 fois de 9, 13, 15, 16, 17 et 26mm.

Extrêmes....... 9 et 28mm.

Variétés......... 19mm.

Moyennes : statistique 21mm6, extrême 18mm5, vraie 21mm.

L'entrée de l'œsophage avait sur un sujet deux orifices : l'un inférieur situé sur la ligne médiane au bas du cricoïde, se trouvait à 25mm de profondeur; l'autre supérieur situé à

(1) Voir *Revue*, n° 2, janvier 1887.

gauche et plus large était à 11^{mm} seulement du bord interaryténoïdien.

Parmi les 9 orifices placés à gauche, 7 avaient 3 fois 22^{mm} et 1 fois 20, 24, 29 et 35^{mm} de profondeur; les deux autres n'ont pas été soumis à la mensuration. Sur les 9 orifices, 6 se trouvaient franchement situés à gauche et 3 légèrement.

Un sujet portait à droite de l'orifice une bride fibro-muqueuse qui formait au-devant de l'entrée de l'œsophage une véritable poche ou fossette. Chez un autre, l'orifice avait à peine 6 millimètres.

Enfin, j'ai constaté sur 6 larynx une sorte d'entonnoir au devant de l'entrée de l'œsophage.

§ II. — *Chez l'homme, 36 larynx.*

1° Diamètre de l'orifice, 36 larynx :

Fréquence...... 12 fois 10 et 12^{mm}, 3 fois 8^{mm}, 2 fois 7, 9 et 13^{mm}, 1 fois 11, 14, 15, 16 et 18^{mm}.

Extrêmes....... 7 et 8^{mm}.

Variétés......... 11^{mm}.

Moyennes : statistique 11^{mm}4; extrême 12^{mm}5; vraie 11^{mm}.

2° Situation, 125 larynx :

L'entrée de l'œsophage occupait la ligne médiane 97 fois; sur ce nombre, je n'ai pas mesuré la profondeur de 20 orifices.

Les 77 restants ont présenté une profondeur :

14 fois de 30^{mm}, 9 fois de 25^{mm}, 8 fois de 32^{mm}, 6 fois de 33^{mm}, 5 fois de 27 et de 28^{mm}, 4 fois de 21 et 22^{mm}, 3 fois de 20, 23, 26 et 35^{mm}, 2 fois de 24^{mm}, 1 fois de 14, 17, 18, 29, 31, 34, 38 et 41^{mm}.

Extrêmes....... 14 et 41^{mm}.

Moyennes : statistique 27^{mm}6; extrêmes 27^{mm}5; vraie 27^{mm}5.

Orifices placés à gauche, 26; leur profondeur a été :

Fréquence...... 6 fois de 25^{mm}, 4 fois de 28^{mm}, 3 fois de 27^{mm}, 2 fois de 21, 22, 26 et 30^{mm}, 1 fois de 17, 18, 24, 31 et 33^{mm}.

Extrêmes....... 17 et 33^{mm}.

Moyennes : statistique, 28mm ; extrême 25mm ; vraie 27mm5.

Les deux orifices placés à droite se trouvaient à 15 et 22mm du bord inter-aryténoïdien.

Sur deux sujets, l'orifice était double et situé sur la ligne médiane chez l'un, un peu à gauche chez l'autre. Les deux orifices médians mesuraient 10 et 13mm de diamètre, 26 et 20mm de profondeur ; les deux autres avaient 12 et 17mm de diamètre, 27 et 17mm de profondeur.

Sur deux sujets, l'orifice médian était précédé à gauche d'un vestibule-entonnoir. Sur un autre, il y avait, à gauche de l'entrée œsophagienne, une fossette pouvant loger une bille d'écolier.

Dans 17 larynx, le vestibule évasé qui précédait cette entrée commençait par deux brides situées à droite et à gauche, à 15mm du bord inter-aryténoïdien ; quelques-unes de ces brides se trouvaient à une distance de ce bord qui variait de 7 à 28mm.

§ III. — *Comparaison de l'orifice de l'œsophage dans les deux sexes.*

Le diamètre du véritable orifice de l'œsophage, celui qui est toujours situé à la même place, c'est-à-dire au niveau du bord inférieur du cricoïde, mesure 9mm chez la femme et 11mm chez l'homme.

Il y a donc, entre l'un et l'autre, une minime différence de 2mm en moyenne. Cette différence devient plus grande lorsque l'on met en parallèle les limites extrêmes de ce diamètre dans les deux sexes. Ces limites fournissent 7 variétés d'une part et 11 de l'autre.

Sur 50 sujets féminins, j'ai trouvé 40 fois l'orifice sur la ligne médiane. Dans le sexe masculin, 97 sur 125 occupaient aussi la ligne médiane. La proportion 4/5es est par conséséquent la même pour les deux sexes.

Les orifices situés à gauche, 9 chez la femme, 26 chez l'homme, forment à peine la proportion de 1/5e pour chacun d'eux.

J'ai constaté la présence d'un vestibule sur 6 larynx

féminins et sur 17 larynx masculins; ces proportions sont équivalentes à 1/8e et à 1/7e environ.

Ces résultats statistiques méritent d'être pris en considération relativement au cathétérisme de l'œsophage. Ce n'est pas en dirigeant toujours vers le côté gauche du pharynx l'extrémité de la sonde que l'on parviendra plus facilement à franchir l'orifice. C'est au contraire sur la ligne médiane qu'il faut la maintenir avant de la diriger à gauche, puisque 4 fois sur 5 on est sûr d'y pénétrer directement.

Il faut ainsi prendre bonne note du vestibule qui précède l'orifice 1 fois sur 8 chez la femme, 1 fois sur 7 chez l'homme. Ce vestibule peut en imposer pour l'entrée réelle, car, parvenue à celle-ci, la sonde donne aux doigts la sensation d'un rétrécissement qu'elle franchit brusquement et que l'inexpérience peut faire prendre pour un rétrécissement pathologique.

Enfin il est encore utile de savoir que la sonde arrêtée par une fossette insidieuse, latéralement placée, peut entraîner la main qui la tient à agrandir la poche et donner l'idée d'un rétrécissement infranchissable. Cette fossette ainsi que le vestibule-entonnoir que j'ai signalé peuvent, au moment de la déglutition, retenir des débris ou parties d'aliments et expliquer la sensation d'un corps étranger que l'on éprouve en pareille circonstance et l'arrêt des pièces de monnaie qui, avalées, ont franchi l'entrée du vestibule et non celle de l'œsophage.

Chapitre VI. — Conclusions.

I. — *Diamètres de la trachée.*

1° Sur la moitié des sujets féminins, les diamètres antéro-postérieur et transverse, ont l'un comme l'autre, 14mm. Sur l'autre moitié, ils n'ont que 13mm5; ils diffèrent donc d'un demi-millimètre.

2° Les variétés de dimension comprennent 7mm pour les diamètres de la première moitié, 12 et 14mm pour les diamètres antéro-postérieur et transverse de l'autre moitié.

3° Dans le sexe masculin, un tiers des sujets seulement

présente une même dimension moyenne de 17mm5 pour chacune des deux diamètres. Sur les deux autres tiers, le diamètre antéro-postérieur mesure 18mm et le diamètre transverse 17mm5.

4° Leurs variétés comprennent 14mm pour le premiers tiers, 13 et 16mm pour les diamètres antéro-postérieur et transverse des deux autres tiers.

5° La trachée de la femme présente 3 à 4mm de moins que celle de l'homme dans ses diamètres, mais elle a un calibre, plus régulier et plus stable.

II. — *Calibre trachéal et lèvre vocale.*

1° Leurs dimensions sont égales sur le même larynx féminin, 1 fois sur 22 pour l'état de repos, 2 fois sur 11 pour l'état de tension. Le larynx masculin a ces deux dimensions identiques 1 fois sur 9 pour l'état de repos, 1 fois sur 7 pour celui de la tension.

2° Elles sont semblables, chez la femme, 1 fois sur 2 pour l'état de repos, 9 fois sur 11 pour celui de la tension. Cette similitude a lieu 2 fois sur 3 et 7 fois sur 12 chez l'homme.

3° La lèvre vocale chez la femme est plus petite que le calibre de la trachée 9 fois sur 11 à l'état de repos et plus grande 1 fois sur 9; celle de l'homme est plus petite 2 fois sur 3, plus grande 1 fois sur 4.

4° A l'état de tension, elle est plus petite 3 fois sur 11 et plus grande 1 fois sur 2 chez le sexe faible, 1 fois sur 5 et 2 fois sur 3 chez le sexe opposé.

5° Le rapport le plus élevé entre le calibre trachéal et la longueur de la lèvre vocale, est celui de l'état de tension pour le larynx féminin, de l'état de repos pour le larynx masculin.

6° La disproportion entre les deux dimensions peut s'élever, sur un même larynx et quel que soit le sexe, de 1 à 6 et 7mm en plus ou en moins.

III. — *Anche crico-glottique ou vocale.*

1° La hauteur de l'anche mesure, en moyenne, 13mm chez la femme et 16mm chez l'homme.

2° Les variétés de cette hauteur sont au nombre de 6 pour chaque sexe.

La différence entre l'anche féminine et l'anche masculine, est de 3 à 1^{mm}, ou 1/3 environ.

3° La hauteur de l'anche et la lèvre vocale ont, sur le même larynx féminin, une dimension identique 2 fois sur 11, soit pour l'état de repos, soit pour l'état de tension; quant au larynx masculin cette identité n'existe qu'à l'état normal ou de repos; elle a lieu 5 fois sur 33, ou 1/6e environ.

4° Leurs dimensions sont semblables dans le sexe féminin, 5 fois sur 11 pour l'état de repos, 2 fois pour l'état de tension; et, dans le sexe masculin, 5 fois sur 8 pour le premier et 3 fois sur 8 pour le second.

5° La hauteur de l'anche est plus grande que la lèvre vocale à l'état de repos 7 fois sur 11, et, à l'état de tension, 2 fois chez la femme, 4 fois sur 7 et 1 fois sur 33 chez l'homme;

6° La lèvre vocale à l'état de repos est, par conséquent, plus longue que la hauteur de l'anche 2 fois, et, à l'état de tension, 7 fois sur 11 pour le sexe faible, 1 fois sur 2 et 5 fois sur 7 pour le sexe opposé.

7° La différence entre les deux dimensions, sur le même larynx féminin, peut s'élever ou descendre à 6^{mm}, et sur le même larynx masculin jusqu'à 10^{mm}.

8° Entre la hauteur de l'anche et la longueur de la lèvre vocale du larynx féminin, il peut y voir 6^{mm}, en plus ou en moins, c'est-à-dire 12 variétés pour le sexe en général. Chez l'homme ces variétés sont de 10^{mm}, en plus ou en moins, pour un même larynx, et de 20 pour le sexe.

6° La hauteur de l'anche vocale diffère de 1^{mm} avec le diamètre inférieur ou calibre du cricoïde, chez la femme; l'une et l'autre sont identiques deux fois sur 11 et semblables 7 fois.

10° Chez l'homme, l'anche mesure aussi 1^{mm} de moins que le calibre du bocal cricoïdien, 17^{mm} contre 18^{mm}. Leur identité est représentée par 2/11es et leur similitude par 9/16es.

11° La hauteur de l'anche vocale et le calibre du bocal cricoïdien ont un rapport plus stable chez la femme que chez l'homme.

12° La hauteur de l'angle du thyréoïde présente dans les deux sexes 1mm de plus que la hauteur de l'anche vocale, savoir : 13 et 17mm contre 13 et 16mm. Leur similitude existe 3 fois sur 11, chez le sexe féminin, 3 fois sur trois chez le sexe opposé.

IV. — *Anche vocale et ligament thyréo-cricoïdien.*

13° L'anche vocale a une hauteur égale à deux fois celle du ligament thyréo-cricoïdien à l'état de repos, dans les deux sexes.

14° L'insertion thyréoïdienne inférieure de la commissure des lèvres vocales a la même hauteur que celle du ligament thyréo-cricoïdien, en général, dans les deux sexes ; celle du sexe féminin mesure 6mm et celle du sexe masculin 8mm.

15° L'insertion thyréoïdienne supérieure de cette commissure présente, dans chaque sexe, 2mm de plus que l'insertion commissurale inférieure, en moyenne.

16° La hauteur du ligament thyréo-cricoïdien et l'insertion commissurale inférieure réunies représentent, à un millimètre près, la longueur de la lèvre vocale à l'état de repos, chez la femme comme chez l'homme. L'identité entre ces deux dimensions existe 9 fois sur 11 chez la première, 8 fois sur 33 chez le second, et leur similitude 10 fois sur 11 et 9 fois sur 11. Leurs variétés comprennent 3mm pour l'une, 4mm pour l'autre.

17° Le ligament thyréo-cricoïdien est plus petit que la hauteur de l'insertion commissurale supérieure 8 fois sur 11 chez la femme, 1 fois sur 2 chez l'homme.

V. — *Appendice. — Œsophage.*

1° L'orifice de l'œsophage mesure 9mm chez la femme et 11mm chez l'homme; ses variétés atteignent 7mm dans le premier cas et 11mm dans le second.

2° Il est situé sur la ligne médiane 4 fois sur 5 dans les deux sexes et 1 fois sur 5 seulement à gauche.

3° Il est précédé d'un vestibule évasé 1 fois sur 8 dans le sexe féminin, 1 fois sur 7 dans le sexe masculin.

4° Dans la grande majorité des cas, pour pénétrer dans le véritable orifice ou entrée de l'œsophage, il faut maintenir

l'extrémité de la sonde sur la ligne médiane et non la porter à gauche de cette ligne.

V

Chapitre I. — Rapports d'identité et de similitude.

La statistique millimétrique des diverses parties du larynx m'a fourni l'occasion d'étudier les rapports qui pouvaient exister entre leurs dimensions.

Déterminer le développement millimétrique, c'est-à-dire la longueur des lèvres de la glotte pendant la vie a toujours été un problème dont on a vainement cherché la solution jusqu'à ce jour. Les *laryngoscopistes* étaient à peine en possession d'un *miroir* laryngien très imparfait que déjà ils se préoccupaient de la mensuration possible de la glotte au moyen de l'image réfléchie de l'organe de la voix. Des *miroirs* gradués furent essayés, puis abandonnés, leur *infidélité* en étant manifeste. Les degrés gravés sur le *miroir* étaient reproduits virtuellement et sous un angle tel que l'appréciation n'en avait rien de précis et de pratique.

La laryngométrie millimétrique à laquelle j'ai consacré plusieurs années ouvrira, je l'espère, la seule voie qui puisse faire obtenir la solution de ce problème.

Dans deux tableaux ci-après, j'ai consigné les moyennes des rapports millimétriques que je considère comme le point de départ et la base de la laryngométrie sur le vivant.

Ces rapports sont de deux ordres : l'un d'*identité*, l'autre de *similitude*. Chacun d'eux possède une valeur propre, soit directe et relative, soit relative seulement.

La valeur directe de l'identité se présente lorsque deux parties comparées ont la même dimension sur le même sujet. L'une de ces dimensions peut alors servir de mesure à l'autre et réciproquement. Presque toujours, le rapport d'identité a fait défaut ; il ne pouvait avoir d'importance au point de vue de la laryngométrie pratique. Lorsqu'il existe, il concerne de petites quantités, et les parties pour lesquelles il aurait une signification réelle se trouvent situées de façon à échapper à la laryngométrie extérieure.

Nous devons faire une exception quant au rapport constaté entre la hauteur du ligament thyréo-cricoïdien et celle de l'insertion commissurale des lèvres de la glotte relativement au bord inférieur du thyréoïde.

Ainsi, chez la femme, 9 fois sur 11 les dimensions ont été égales ou identiques entre ces deux parties; chez l'homme, 8 larynx sur 33, 1/4 environ ont présenté des dimensions identiques.

Les autres rapports d'identité révélés par ma statistique laryngométrique sont tous plus ou moins éloignés de celui que je viens de citer. En voici quelques exemples :

1° La hauteur de l'angle saillant du thyréoïde et la longueur de la lèvre vocale, au repos comme à l'état de tension, ont une dimension égale dans 2 larynx féminins sur 11. Cette identité s'est réalisée 2 fois pour l'état de repos et 4 fois pour l'état de tension sur 33 larynx masculins;

2° La lèvre vocale et le calibre trachéal (conduit trachéal régulier) étaient de dimensions identiques, sur le même larynx féminin, 1 fois sur 22 pour l'état de repos, 2 fois sur 11 pour l'état de tension. Cette identité a eu lieu 1 fois sur 9 et 1 fois sur 7 pour l'organe vocal masculin;

3° L'identité millimétrique entre la lèvre vocale et la hauteur de l'anche vocale s'est présentée 2 fois sur 11, chez la femme, pour chacun des états de repos et de tension; chez l'homme, cette identité a été de 5/33es pour l'état de repos et nulle pour l'état de tension;

4° Dans le sexe féminin, l'identité entre le diamètre inférieur ou calibre du cricoïde et la longueur de la lèvre vocale existait 1 fois sur 52 au repos, 5 fois sur 52 à l'état de tension. Dans le sexe opposé, elle a été constatée 4 fois sur 33 pour le premier état, 3 fois sur 33 pour le second.

§ I. — *Rapports de similitude. — Ordre de leur importance relative, chez la femme.*

1° Ligament thyréo-cricoïdien au repos et insertioncommissurale thyréoïdienne inférieure. 10 fois sur 11 semblables 10/11^{es}

2° Bras horizontal du levier cricoïdien et intervalle arti-

culaire aryténo-cricoïdien......	31 fois sur 35	semblables	6/7es
3° Bras horizontal du levier cricoïdien et diamètre inférieur du cricoïde ou calibre du bocal de l'anche....................	31 fois — 35	—	6/7es
4° Glotte tendue et diamètre thyréo-cricoïdien antéro-postérieur........................	30 fois — 35	—	6/7es
5° Glotte au repos et longueur de la face externe ou linguale de l'épiglotte..................	51 fois — 58	—	6/7es
6° Lèvre vocale tendue et calibre trachéal..................	37 fois — 44	—	9/11es
7° Ligament thyréo-cricoïdien au repos et face interne de l'aryténoïde en tension.............	40 fois — 50	—	4/5es
8° Glotte au repos et intervalle articulaire aryténo-cricoïdien...	46 fois — 58	—	11/14es
9° Diamètre inférieur du cricoïde et bras vertical du levier cricoïdien.....................	42 fois — 52	—	7/9es
10° Diamètre inférieur du cricoïde et hauteur oblique de l'aryténoïde......................	40 fois — 52	—	10/13
11° Bras vertical du levier cricoïdien et hauteur oblique de l'aryténoïde..................	40 fois — 52	—	10/13es
12° Hauteur du cricoïde et largeur de la face interne de l'épiglotte......................	34 fois — 44	—	3/4es
13° Bras vertical du levier cricoïdien et diamètre transverse de la trachée.................	33 fois — 44	—	3/4es
14° Lèvre vocale tendue et diamètre trachéal transverse...	30 — 44	—	5/7es

15° Lèvre vocale tendue et bras horizontal du levier cricoï-

dien..........................	26 fois sur 35 semblables				5/7es
16° Diamètres thyréocricoïdiens antéro-postérieur et transverse..........................	26	—	35	—	5/7es
17° Glotte tendue et largeur de la face interne ou laryngée de l'épiglotte..................	43	—	58	—	7/10es
18° Ligament thyréo-cricoïdien tendu et hauteur verticale de l'aryténoïde..................	36	—	50	—	9/13es
19° Lèvre vocale tendue et diamètre inférieur du cricoïde..	34	—	52	—	2/3es
20° Diamètre supérieur ou oblique du cricoïde et longueur de l'épiglotte....................	34	—	52	—	2/3es
21° Glotte au repos et bras horizontal du levier vocal.... .	22	—	35	—	2/3es
22° Lèvre vocale tendue et hauteur de l'angle saillant du thyréoïde....................	7	—	11	—	7/11es

etc. *(Voir le tableau ci-après pour la suite).*

L'exposé qui précède fait connaître qu'il existe entre certaines parties de l'organe de la voix des similitudes de dimension très *élevées* et, par conséquent, ayant une importance relative incontestable. La plus élevée de ces similitudes est celle du ligament thyréoïdien à l'état normal avec l'insertion commissurale thyréoïdienne inférieure des lèvres vocales; elle est de 10/11es et nous avons vu que l'identité millimétrique, entre ces deux parties, est elle-même de 9/11es. Il serait difficile de trouver une concordance aussi complète entre l'identité et la similitude millimétrique. Leur valeur, au point de vue de l'application mensurale, peut donc être considérée comme absolue. Une similitude équivalente, celle de 6/7es, existe entre le bras horizontal du levier cricoïdien, l'intervalle articulaire aryténo-cricoïdien et le diamètre inférieur du cricoïde; entre la glotte tendue et le diamètre thyréo-cricoïdien antéro-postérieur; entre la glotte au

repos et la longueur de la face externe de l'épiglotte.

Cette similitude est de : 9/11es entre la lèvre vocale à l'état de tension et le calibre de la trachée; de 4/5es entre le ligament thyréo-cricoïdien au repos et la face interne de l'aryténoïde en tension; de 11/14es entre la glotte au repos et l'intervalle articulaire aryténo-cricoïdien; de 7/9es entre le diamètre inférieur du cricoïde et le bras vertical du levier cricoïdien; de 10/13es entre ce même diamètre inférieur du cricoïde et la hauteur oblique de l'aryténoïde; de 3/4es entre la hauteur du cricoïde et la largeur de la face interne de l'épiglotte; entre le bras vertical du levier cricoïdien et le diamètre transverse de la trachée; de 5/7es entre la lèvre vocale tendue, le diamètre trachéal transverse et le bras horizontal du levier cricoïdien; entre les deux diamètres thyréo-cricoïdiens antéro-postérieur et transverse ou axe vocal; de 2/3es entre la lèvre vocale tendue et le diamètre inférieur ou calibre du bocal cricoïdien; entre la glotte au repos ou normale et le bras horizontal du levier cricoïdien; entre le diamètre supérieur ou oblique du cricoïde et la longueur de la face interne de l'épiglotte.

§ II. — *Chez l'homme. — 90 larynx.*

Quoique ma statistique comprenne d'une manière générale plus de 130 larynx masculins, j'ai adopté le nombre 90 comme devant établir une égalité numérique entre les diverses parties soumises à la mensuration et donner aux résultats une valeur scientifique plus irréprochable. Une seule exception sera faite entre les insertions commissurales des lèvres vocales, le ligament thyréo-cricoïdien et leurs similaires :

1° Ligament thyréo-cricoïdien au repos et insertion commissurale inférieure des lèvres vocales (33 larynx). 26 fois sur 33 ou 6/7es

2° Longueur de la face externe de l'épiglotte et bras horizontal du levier cricoïdien semblable.............. 76 fois — 90 ou 5/6es

3° Ligament thyréo-cricoïdien au repos et face interne de l'aryténoïde

en tension .... 73 fois — 90 ou 4/5es

4° Bras vertical du levier cricoïdien et hauteur oblique de l'aryténoïde 73 fois — 90 ou 4/5es

5° Lèvre vocale au repos et hauteur oblique de l'aryténoïde........ 70 fois — 90 ou 7/9es

6° Largeur de la face interne de l'épiglotte et hauteur du cricoïde.... 69 fois — 90 ou 7/9es

7° Lèvre vocale au repos et bras vertical du levier cricoïdien....... 67 fois — 90 ou 3/4es

8° Diamètres thyréo-cricoïdiens antéro-postérieur et transverse........ 65 fois — 90 ou 3/4es

9° Bras horizontal du levier cricoïdien et intervalle articulaire aryténo-cricoïdien........................ 63 fois — 90 ou 7/10es

10° Glotte au repos et largeur de la face interne de l'épiglotte.......... 63 fois — 90 ou 7/10es

11° Diamètre oblique ou supérieur du cricoïde et longueur de l'épiglotte 62 fois — 90 ou 7/10es

12° Glotte tendue et diamètre thyréo-cricoïdien antéro-postérieur..... 61 fois — 90 ou 2/3es

13° Hauteur de l'anche vocale et calibre du cricoïde................ 23 fois — 33 ou 2/3es

14° Hauteur du thyréoïde et hauteur oblique de l'aryténoïde........ 22 fois — 33 ou 2/3es

15° Diamètre inférieur du cricoïde et hauteur oblique de l'aryténoïde... 59 fois — 90 ou 2/3es

16° Lèvre vocale tendue et longueur de la face externe de l'épiglotte 59 fois — 90 ou 2/3es

17° Lèvre vocale tendue et diamètre inférieur ou calibre du cricoïde.. 58 fois — 90 ou 2/3es

18° Hauteur de l'anche vocale et lèvre vocale au repos.............. 22 fois — 33 ou 2/2es

19° Glotte tendue et diamètre thyréo-cricoïdien transverse........... 57 fois — 90 ou 7/11es

20° Glotte au repos et bras horizontal du levier cricoïdien......... 57 fois — 90 ou 7/11es

21° Lèvre vocale tendue et bras

horizontal .... 56 fois — 90 ou 7/11es

22° Diamètre inférieur du cricoïde et bras vertical du levier cricoïdien. 56 fois — 90 ou 7/11es

etc. (*Voir le tableau ci-après.*)

L'ordre des similitudes millimétriques ci-dessus démontre que le ligament thyréo-cricoïdien avec l'insertion commissurale inférieure des lèvres vocales et la longueur de la face interne de l'épiglotte avec le bras horizontal du levier cricoïdien possèdent les rapports les plus élevés, savoir : 6/7es et 5/6es.

La proportion 4/5 comprend les similitudes entre le ligament thyréo-cricoïdien au repos et la longueur de la face interne de l'aryténoïde en tension, le bras vertical du levier cricoïdien et la hauteur oblique de l'aryténoïde. Viennent ensuite les rapports : 7/9es entre la lèvre vocale au repos et la hauteur oblique de l'aryténoïde, la largeur de la face interne de l'épiglotte et la hauteur du levier cricoïdien; 3/4 entre la lèvre vocale au repos et le bras vertical du levier cricoïdien, entre les deux diamètres thyréo-cricoïdiens, antéro-postérieurs et transverse : 7/10es entre la glotte au repos et la largeur de la face interne de l'épiglotte, le bras horizontal du levier cricoïdien et l'intervalle articulaire aryténo-cricoïdien, le diamètre supérieur ou oblique du cricoïde et la longueur de l'épiglotte; 2/3 entre la glotte tendue et le diamètre thyréo-cricoïdien antéro-postérieur, la lèvre vocale tendue et la longueur de la face externe de l'épiglotte, la lèvre vocale tendue et le diamètre inférieur ou calibre du cricoïde; entre la hauteur de l'anche vocale et la longueur de la lèvre vocale au repos, la hauteur du thyréoïde et la hauteur oblique de l'aryténoïde, le diamètre inférieur du cricoïde et cette même hauteur oblique de l'aryténoïde, enfin entre la hauteur de l'anche vocale et la lèvre vocale au repos.

Les autres rapports peuvent être négligés et considérés comme insuffisants.

§ III. — *Comparaison des rapports millimétriques entre les diverses parties de l'organe de la voix dans les deux sexes.*

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces rapports, pour recon-

naître tout de suite qu'il y a identité entre un certain nombre d'entre eux, dans les deux sexes; mais cette identité ne s'applique pas le plus souvent aux mêmes parties de l'organe de la voix. L'identité complète du rapport 3/4 s'est manifestée pour le ligament thyréo-cricoïdien au repos, et la face interne de l'aryténoïde: celui de 2/3 pour la lèvre vocale tendue et le calibre du cricoïde chez la femme comme chez l'homme.

J'ai constaté une identité relative, c'est-à-dire le même rapport entre des parties de l'organe de la voix dissemblables dans les deux sexes. Le plus élevé de ces rapports, 6/7es, comprend chez la femme, le bras horizontal du levier cricoïdien et l'intervalle articulaire aryténoïdien, et chez l'homme le ligament thyréo-cricoïdien au repos et l'insertion commissurale inférieure. Viennent ensuite les rapports :

1° 4/5es entre le ligament thyréo-cricoïdien au repos et la face interne de l'aryténoïde en tension, chez la femme; le bras vertical du levier cricoïdien et la hauteur oblique de l'aryténoïde, chez l'homme.

2° 3/4 entre la hauteur du cricoïde et la largeur de la face interne de l'épiglotte, le bras vertical du levier cricoïdien et le diamètre transverse de la trachée, pour le larynx féminin; entre la lèvre vocale au repos et le bras vertical du levier, les deux diamètres thyréo-cricoïdiens antéro-postérieur et transverse, pour le larynx masculin.

3° 7/10es entre la glotte tendue et la largeur de la face interne de l'épiglotte pour le sexe féminin; la glotte au repos et la largeur de la face interne de l'épiglotte; le diamètre supérieur oblique du cricoïde et la longueur de l'épiglotte; le bras horizontal du levier cricoïdien et l'intervalle articulaire aryténo-cricoïdien, pour le sexe opposé.

4° 2/3 entre la lèvre vocale tendue et le calibre du cricoïde; la glotte au repos et le bras horizontal du levier vocal; le diamètre supérieur du cricoïde et la longueur de l'épiglotte pour le larynx de la femme; entre la hauteur de l'anche vocale et le calibre du cricoïde, la hauteur de l'angle saillant du thyréoïde et la hauteur oblique de l'aryténoïde; la glotte

tendue et le diamètre thyréo-cricoïdien antéro-postérieur; le diamètre inférieur du cricoïde et la hauteur oblique de l'aryténoïde; la lèvre vocale tendue et la longueur de la face externe de l'épiglotte; entre cette même lèvre vocale tendue et le calibre du cricoïde, pour le larynx de l'homme;

5° 7/11es entre les numéros 22 et 23 pour le sexe faible; entre les numéros 18, 19, 20, 21 et 22 pour le sexe opposé;

6° 3/5es entre les numéros 24 et 25 d'une part, et les numéros 23, 24, 25, 26, 27 et 28 d'autre part.

Un certain nombre de rapports, sans être identiques, sont cependant assez élevés dans les deux sexes pour être considérés, quant à la laryngométrie pratique, comme similaires. Ainsi, le rapport 10/11es pour le sexe féminin, le rapport 6/7es pour le larynx masculin, concernant l'un et l'autre les mêmes parties de l'organe de la voix, c'est-à-dire le ligament thyréo-cricoïdien et l'insertion thyréoïdienne inférieure des lèvres vocales, diffèrent à peine de 4/77es ou 1/19e. Nous en dirons autant des rapports 4/5es et 10/13es, 2/3 et 5/7es, etc.

Quelques-uns sont spéciaux à chaque sexe, et s'ils ont une réelle valeur pour l'un, ils n'en ont aucune pour l'autre. Tels sont, par exemple, chez la femme les rapports 6/7es et 11/14es lesquels correspondent chez l'homme à 4/9es et 1/2; tels sont chez l'homme les rapports 5/6es et 2/3, lesquels sont à leur tour les correspondants de 1/2 et 3/11es chez la femme.

(A suivre).

COMMUNICATION FAITE A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CLIMATOLOGIE DE NICE, AU SUJET DES INSUFFLATIONS D'AIR DANS LES OREILLES MOYENNES, PROCÉDÉ DE POLITZER PERFECTIONNÉ

Par le Dr **JACQUEMART.**

Les maladies des oreilles ont, pour la plupart, leur siège dans les oreilles moyennes, ou bien ce sont des affections qui ont pris naissance immédiatement dans ces cavités, comme certaines formes de sclérose, par exemple; ou bien, et c'est le cas le plus ordinaire, elles ne sont que

l'extension d'une affection de même nature siégeant préalablement dans les trompes, affection ayant eu son point de départ sur la muqueuse naso-pharyngienne. La muqueuse de la région naso-pharyngienne de la trompe et de la cavité de l'oreille moyenne, étant identique comme structure, ayant même réseau vasculaire du système lympathique, on comprend qu'une affection des fosses nasales et de la partie haute du pharynx se communique par propagation de voisinage jusqu'aux dernières limites de cette muqueuse quand on lui laisse le temps nécessaire pour cette propagation.

Le traitement de ces affections des oreilles moyennes, et nous dirons aussi des trompes, puisque ces dernières sont atteintes simultanément, consiste toujours, presque exclusivement, en des insufflations d'air simple ou médicamenteux. Qu'on s'attaque ou non simultanément à la cause initiale, le catarrhe naso-pharyngien, il est toujours indiqué quand même de faire lesdites insufflations.

Nous n'entrerons pas dans l'explication des raisons pour lesquelles nous trouvons ce mode de traitement nécessaire. Nous admettons le fait comme étant reconnu en principe, et nous voulons seulement nous occuper des moyens d'appliquer ce traitement.

Pour faire les insufflations d'air dans les oreilles moyennes, on faisait depuis longtemps le cathétérisme des trompes d'Eustache au moyen de sondes disposées pour cela, selon le chemin qu'il fallait parcourir afin d'atteindre l'embouchure des dites trompes, embouchures situées dans l'espace pharyngien supérieur et postérieur des fosses nasales.

Le premier homme qui eut l'idée de faire le cathétérisme des trompes, fut, on le sait, un maître de poste de Versailles, nommé Guyot qui, devenu sourd et ressentant l'impression d'oreilles bouchées, s'est dit qu'en dégageant les trompes (il s'était instruit sur la conformation anatomique de l'oreille) il pourrait se soulager; et en effet,

ayant réussi dans sa tentative, il fut absolument débarrassé et guéri de sa surdité.

Ce Guyot était arrivé jusqu'à l'entrée des trompes en introduisant une sonde par la bouche, et en remontant derrière le voile du palais jusqu'à la rencontre des orifices tubaires. Guyot eut des imitateurs. Mais cette voie n'était pas facile à suivre chez tous les individus. Chez beaucoup, en effet, la sensibilité réflexe du pharynx empêchait de pénétrer au-dessus du voile. On songea alors à passer par les fosses nasales pour atteindre l'embouchure des trompes. C'était la voie la plus directe et de cette façon on n'aurait plus à lutter contre l'action réflexe. On modifia donc la courbure des sondes et on parvint plus facilement par cette nouvelle voie qu'on n'avait fait jusque-là par le procédé de Guyot. On prit des points de repère, et on décrivit des procédés. Il arriva même ceci, c'est que tous les chirurgiens qui s'occupèrent d'otiatrie exposèrent chacun une méthode à laquelle ils donnèrent leur nom. Chacun prétendit que la sienne était la meilleure. La diversité même des procédés montre que l'introduction d'une sonde par les fosses nasales et sa pénétration sûre dans la trompe n'est pas chose facile comme on pourrait le croire de prime abord. Pour moi, j'ai vu de nombreuses variétés dans la conformation des fosses nasales. J'ai vu, précisément en raison de ces variétés qu'on est souvent arrêté quand on se sert d'un procédé toujours semblable, quel que soit d'ailleurs ce procédé. Je me suis dit alors que le seul qui soit bon, c'est celui qui les comprend tous, c'est-à-dire qui emprunte à chacun ce qui convient au cas qui se présente, suivant la conformation des fosses nasales de la personne qui nous est soumise.

Mais je reviens à mon sujet : J'ai dit qu'il y a lieu de faire le cathétérisme de la trompe pour insuffler de l'air dans la caisse tympanique; ce fut même le seul moyen employé depuis Guyot jusqu'à ces dernières années. Le cathétérisme demande une main exercée. Ce que je viens

de dire des difficultés de la chose le montre assez. Or il y a peu de spécialistes ou d'hommes sachant le faire couramment avec certitude de réussir. D'autre part les malades ne peuvent pas, la plupart du temps, se tenir déplacés de chez eux pendant les longs mois, quelquefois plus, que doit durer le traitement répété deux ou trois fois par semaine. Ou bien ils n'ont pas les moyens pécuniaires de revenir aussi souvent qu'il le faudrait vers le spécialiste pour que ce dernier renouvelle l'opération. Il arrive donc presque toujours que l'affection reconnue n'est pas soignée ou l'est incomplètement; et bien entendu, dans ces conditions, elle continue à progresser. Je ne dis rien des personnes pusillanimes qui refusent tout traitement du moment que ce traitement comporte le cathétérisme.

M. le Dr Politzer, de Vienne, indiqua un autre procédé pour introduire de l'air dans les oreilles moyennes. M. Politzer s'est appuyé sur le principe physiologique qui fait que la trompe s'ouvre quand s'effectue la déglutition.

On sait que la trompe est ordinairement fermée par l'accolement de ses parois cartilagineuses et membraneuses. On sait que le muscle péristaphylin externe s'insère d'une part au tendon qui va se confondre avec l'aponévrose palatine, qu'il s'insère d'autre part en grande partie à l'aile antérieure du pavillon tubaire. De même le péristaphylin interne prend ses attaches au voile du palais et à l'aile postérieure du pavillon. Enfin le constricteur pharyngien supérieur prend ses attaches extrêmes sur les cartilages postérieurs de l'un et l'autre pavillon tubaire. On voit par ces données anatomiques très sommaires, mais que je n'ai pas cru devoir développer davantage pour ce travail, on voit, dis-je, que l'orifice de la trompe doit s'ouvrir pendant les mouvements de déglutition.

L'aile antérieure du pavillon est tirée en avant, en dehors et en bas par la contraction du muscle péristaphylin externe; l'aile postérieure est d'autre part tirée

en arrière, en dedans et en bas par le péristaphylin interne et aussi par le muscle constricteur pharyngien supérieur; en un mot, si nous examinons ces trois muscles en fonction à l'état de contraction, c'est-à-dire dans l'acte de la déglutition,nous voyons qu'ils produisent du même coup le relèvement du voile du palais, l'élévation du pharynx, et l'obturation de la cavité naso-phryngienne. Cette obturation tend à empêcher le reflux des aliments, surtout des liquides vers la partie supérieure du pharynx et les fosses nasales. Mais un autre effet obtenu simultanément, c'est l'ouverture des trompes.

M. Politzer, considérant ce double effet, la fermeture de la cavité naso-pharygienne et l'ouverture des trompes, songea à profiter de ce moment pour pousser de l'air dans les trompes et jusque dans les oreilles moyennes. — Pour cela il fait prendre au malade un peu d'eau dans la bouche. Ensuite il ferme les fosses nasales, l'une avec le doigt appuyé sur la partie molle de la narine, l'autre avec une canule olivaire à laquelle se rattache une grosse poire à insufflation. Il peut même fermer lesdeux narines, chacune par une canule olivaire.

Le malade a gardé l'eau en réserve dans la bouche. Alors, au commandement de « avalez » le médecin ou toute autre personne, le malade lui-même presse simultanément sur la poire à insufflation. L'air, ainsi chassé avec force dans l'espace naso-pharyngien, fermé de toute part par le fait de la déglutition simultanée, cet air, dis-je, comprimé, cherche une issue. C'est alors qu'il rencontre, béantes, les deux trompes ouvertes par le même mouvement de déglutition, et qu'il est chassé plus ou moins loin dans les conduits tubaires. Et même si les trompes ne sont pas obstruées ou rétrécies, si, d'autre part, la compression de la poire a été faite bien simultanément avec le mouvement de déglutition, il est probable qu'une certaine quantité d'air pourra pénétrer jusque dans les oreilles moyenne.

M. Politzer a donc réussi, par ce moyen, à insuffler de

l'air dans les trompes et les caisses, sans qu'il fût nécessaire de recourir au cathétérisme proprement dit. Il a certainement rendu service à ses malades, car, lorsque le malade est familiarisé avec cette manœuvre qu'il peut, du reste, effectuer tout seul, il peut retourner chez lui et se soigner lui-même.

Placé souvent comme M. Politzer en présence de personnes qui ne pouvaient rester soumises à mes propres soins, consistant en cathétérismes répétés par moi, j'ai songé à recourir au procédé du docteur viennois. J'ai souvent fait les mêmes prescriptions. Mais très souvent j'ai retrouvé les malades, après un certain temps, nullement améliorés ; et même l'affection avait progressé sensiblement. Après m'être rendu compte que les malades avaient soigneusement rempli toutes les indications que je leur avais fournies, je restai convaincu, non que le procédé de M. Politzer fût mauvais en soi, car il est rationnel, et le principe en est absolument bon ; mais j'ai trouvé que, bien souvent, il est insuffisant tant qu'il reste limité aux indications que j'ai décrites plus haut. En effet, par le fait même de l'affection qui en a motivé l'emploi, les trompes sont ou rétrécies ou plus ou moins obstruées par les sécrétions muqueuses toujours abondantes dans tout état catarrhal. Il arrive donc que les trompes peu ou point perméables ne peuvent être franchies dans toute leur longueur par la colonne d'air qui n'est pas assez forte pour vaincre les obstacles que je viens de signaler. Alors l'insufflation n'arrive pas dans l'oreille moyenne et le but est manqué. La maladie continue à progresser dans les caisses ; la muqueuse s'épaissit, durcit ; les articulations des osselets s'ankylosent, et la surdité s'accroît. Supposons même que l'air ait pu pénétrer jusqu'à la caisse ; cet air, projeté par le simple procédé et la poire de M. Politzer, n'est que de l'air simple, souvent incapable, comme tel, d'opérer les modifications que réclame la muqueuse déjà malade. On sent qu'il faut qu'un agent médicamenteux, approprié à la lésion passe par là. Et si,

au lieu d'air simple, on avait projeté de l'air chargé au passage de quelque médicament volatil, on aurait probablement vu tout doucement les choses se passer de toute autre façon. On aurait provoqué des poussées quelque peu aiguës sur cette muqueuse atteinte chroniquement et, comme tous les autres organes traités ainsi par substitution, on l'aurait ramenée à son état normal, ou du moins on l'aurait sensiblement améliorée.

M'inspirant de ces réflexions, j'ai songé à perfectionner le procédé de M. Politzer. J'ai cherché à donner plus de puissance à l'air projeté, et, d'autre part, à faire passer cet air projeté préalablement sur un mélange facilement volatilisable. — Au lieu de la simple poire à insufflation dont se sert M. Politzer et qui porte son nom, j'ai pris une poire à double ballon de Richardson.

La deuxième boule peut acquérir par distension une capacité double et même triple de la poire de M. Politzer. J'ai donné à cette boule des parois élastiques très épaisses de manière qu'elles réagissent avec beaucoup d'énergie. J'ai adapté cette poire de Richardson à un flacon à deux tubulures, flacon d'une capacité assez grande aussi. En donnant à ce flacon une capacité double de la poire de Politzer, j'ai obtenu un volume quatre ou cinq fois plus grand que dans cette dernière.

Cependant comme on ne peut compter comme air projeté que la quantité qui sera expulsée de l'appareil par l'élasticité du réservoir de caoutchouc, j'estime à peu près que nous aurons doublé le volume qu'aurait pu donner la simple poire de M. Politzer. On pourrait augmenter certainement ce volume en augmentant les proportions des réservoirs; mais en doublant, cela est suffisant pour vaincre les obstacles ordinaires et arriver jusque dans la caisse. Quand l'engouement ou l'obstacle à la perméabilité de la trompe résiste à cette pression, il faut alors faire le cathétérisme avec la sonde.

Dans le fond du flacon à deux tubulures, je mets une petite quantité d'une substance médicamenteuse volatile

destinée à être entraîné par le courant d'air et portée avec lui jusque dans les trompes et les caisses tympaniques. La substance volatilisable que j'emploie est la suivante :

1° Goudron de Norwège.........	par parties égales.
2° Teinture d'iode préparée avec de l'alcool étylique..........	
3° Camphre.....................	

J'ai, je crois, de cette façon, réalisé les deux desiderata de l'appareil de M. Politzer, à savoir : plus de puissance à l'air projeté, et possibilité de porter un médicament indiqué dans les oreilles moyennes. Un robinet placé sur l'une des tubulures (naturellement ce sera sur celle de dégagement, ou sur le tube de caoutchouc qui la continue), permet d'accumuler l'air dans la boule et dans le vase; et il suffit d'ouvrir ce robinet juste en même temps qu'on effectue le mouvement de déglutition. En outre, au lieu de n'avoir qu'une seule olive de terminaison, j'ai mis un tube double et deux olives. De sorte qu'on ferme chaque fosse nasale avec une olive, au lieu d'avoir à maintenir l'une des narines fermée avec le doigt. L'air pénètre beaucoup mieux et plus largement de cette façon.

Les essais que j'ai faits de ce procédé perfectionné furent suivi d'excellents résultats. J'ai vu les malades que j'avais soignés, auxquels j'avais fait depuis quelque temps le cathétérisme et qui bénéficiaient chaque jour d'une amélioration progressive, pouvoir continuer à s'améliorer sensiblement en faisant chaque jour une courte séance d'insufflation avec mon appareil. — D'autres moins heureux le furent pourtant assez pour conserver l'amélioration que je leur avais donnée moi-même. Or, c'est un succès par cela même qu'on reste dans le *statu quo*. Le simple procédé de M. Politzer ne m'a jamais donné le même résultat.

Il est évident que lesdites insufflations d'air dans les trompes ne remplacent pas absolument le cathétérisme

par la sonde faite *manu experta*. Il est non moins évident que quand il m'a été possible de soigner le malade moi-même, aussi longtemps qu'il l'a fallu, je suis arrivé à des résultats bien meilleurs. Mais, je l'ai dit plus haut, je n'emploie ce mode de traitement que quand pour une raison quelconque je ne puis agir moi-même.

J'ajouterai que ces insufflations n'ont de chance d'être efficaces qu'à la condition que les trompes soient d'ores et déjà perméables quand on les pratique. Autrement l'air se perd dans la gorge, et bien entendu le résultat s'accuse à la fin par zéro. C'est pourquoi toutes les fois qu'un malade susceptible de ce traitement se présente à moi, je commence toujours par lui faire moi-même, avec la sonde, une série de cathétérismes. Et je ne lui prescris le traitement en question qu'après que j'ai bien mis en état les conduits tubaires. D'ailleurs pour que le traitement des insufflations produise bon effet, il faut que les insufflations soient très bien exécutées, comme je l'ai décrit d'autre part; il faut que nous les fassions faire sous nos yeux un certain nombre de fois, en auscultant nous-même l'oreille au moyen du tube otoscope qui nous avertit si oui ou non l'air a pénétré dans la trompe et la caisse. Et quand nous remarquons quelque défectuosité dans le *modus faciendi*, nous faisons rectifier jusqu'à parfaite exécution.

Enfin il convient que le malade revienne vers nous de loin en loin, afin que nous puissions nous assurer que les conduits sont toujours perméables, pour que nous fassions même quelques cathéterismes destinés à augmenter cette perméabilité.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

Résection du maxillaire, par le Dr Monod.

A la Société de Chirurgie, M. Monod présente deux malades qui ont subi : la première, l'ablation du maxillaire

supérieur avec perte de substance considérable de la joue; la seconde, la résection du maxillaire inférieur pour un cancer du plancher de la bouche. Dans ce dernier cas, il a pratiqué la trachéotomie préventive dans le but d'empêcher la pneumonie infectieuse qu'on observe souvent à la suite de ces opérations. (*Gaz. des Hôp.*, 20 février 1886.)

Dr J. Ch.

Cas rare de sténose pharyngée syphilitique, etc.,
par M. le Dr Ducrey.

C'est un cas de double sténose du pharynx de nature syphilitique bien étudiée sur le cadavre (macro et microscopiquement) L'individu avait des lésions de la même nature dans les autres organes. (*Rivista Clinica e Terapeutica*, nos 11 et 12, 1886, Naples.)

Dr F. C.

Trois cas de perforation du voile du palais d'origine différente, différences d'indications, par M. Trélat.

Les malades sont trois jeunes femmes. La première ne présente aucun signe de syphilis, elle est simplement scrofuleuse.

Pour la seconde, on peut se demander s'il s'agit de syphilis héréditaire ou tuberculeuse, mais le voile du palais a contracté des adhérences solides avec les parties voisines. Il y a lieu chez cette malade comme pour la troisième d'intervenir chirurgicalement. Chez cette dernière, la syphilis est nettement en cause. M. Trélat fait la staphylorrhaphie simple, incision et avivement des bords de la division et trois points de sutures. (*Gaz. des Hôp.*, 27 février 1886.)

De l'épulis, par M. le Dr Polaillon.

L'épulis est considéré par la plupart des chirurgiens comme un sarcome des couches profondes de la gencive, avec tissu cellulaire en voie d'évolution. Il se développe repoussant les parties molles voisines et n'envahit que tardivement le tissu osseux. L'intervention doit être prompte, sinon la vie du malade ne tarde pas à être compromise. L'auteur rapporte deux observations empruntées à la thèse de M. Philippeau. Dans le premier cas, le malade, âgé de vingt-cinq ans, fut

opéré mais la tumeur récidiva. Le second malade avait vingt-six ans. (*Paris médical*, 17 juillet 1886). Dr J. Ch.

De la nature épidémique et contagieuse des aphtes,
par le Dr Edmond Chaumier.

L'auteur nous dit qu'il a été amené à se demander quelle pouvait bien être la nature des aphtes, en voyant le nombre infini de causes qu'on lour attribuait. Il a depuis longtemps remarqué qu'il était rare de rencontrer un cas isolé d'aphtes. En effet, il relate quatre observations qui lui suffisent, croit-il, à montrer la nature épidémique et contagieuse des aphtes; car, dans tous ces cas, l'affection se rencontrait chez un groupe de personnes vivant en commun. Il rappelle que Rillet et Barthez, Steiner, Jaccoud, Grisolle, ont déjà parlé dans le cas particulier de constitution médicale et d'épidémie.

Cette nature épidémique et contagieuse des aphtes étant admise, on se rend, d'après M. Chaumier, facilement compte de l'erreur d'interprétation où sont tombés les auteurs qui ont assigné aux aphtes des causes si multiples, car la plupart des maladies citées comme produisant des aphtes, sont précisément des maladies épidémiques. Pour ce qui est des aphtes à répétition, on les peut expliquer par la conservation des germes dans les habitations, les vêtements ou le malade lui-même.

Les conclusions de l'auteur sont que les aphtes sont épidémiques, contagieux; qu'ils peuvent survenir chez des sujets sains, mais qu'ils se montrent fréquemment sur des personnes déjà affaiblies par les maladies, ce qui les a fait considérer comme symptomatiques de ces maladies. Il termine son article par une courte indication bibliographique. (*Gazette médicale de Paris*, n° du 21 août 1886.) M. Natier.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

L'épistaxis, par M. le professeur Fasano.

C'est un simple travail de compilation, rédigé avec quelque soin. Il comprend la définition, les formes, l'étiologie, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette

affection assez commune. (*Archivio Internaz. di Laring.*, etc., an II, n° 4, Naples.) Dr F. C.

La prophylaxie de l'éternuement et de l'épistaxis,
par M. le Dr Bargellini.

Pour empêcher l'éternuement, l'auteur dit qu'il suffit de comprimer fortement, avec le doigt, l'angle formé par la lèvre supérieure avec le nez, en poussant en haut vers la cloison. Chez une petite fille âgée de sept ans qui, à la suite d'une chute, se cassa l'aile droite du nez, il put par ce moyen empêcher l'éternuement et obtenir la guérison *per primam intentionem*. Cela, en outre, lui fait croire juste l'opinion de M. Baratoux relativement au siège de la zone sensitive. Il invite les confrères à vouloir bien expérimenter ce traitement dans les cas de spasme starnutatoire.

Pour prévenir l'épistaxis, l'auteur recommande l'emploi du tabac pour le nez, moyen très avantageux, selon l'avis de MM. les Drs Censotti et Vaselli, de Siene. (*Archivio Internazionale di Laring.*, *Rinolog.*, etc., an II, n° 4, Naples 1886.)

Dr F. Cardone.

La parosmie, ses causes et son traitement (*Parosmia, sue cause e cura*), **par M. le professeur Grazzi.**

Selon l'avis de l'auteur, la perversion du sens de l'odorat, et particulièrement la perception d'odeurs désagréables et puantes, est presque toujours subjective, mais quelquefois les sécrétions nasales chez les personnes atteintes peuvent être de mauvaise nature, alors même que celle-ci ne serait pas proportionnée à la description qu'on fait au médecin. La parosmie peut provenir d'une affection des centres nerveux, ou des terminaisons des nerfs olfactifs. On peut considérer comme atteintes de parosmie les personnes qui conservent pendant plusieurs heures, ou même des jours entiers, une odeur aspirée précédemment, ou celles qui, sentant une fleur, un met, etc., perçoivent une odeur qui n'est pas la vraie. Après avoir décrit les autres formes secondaires de parosmie, l'auteur parle du pronostic et du traitement.

Pour ce dernier, quand il n'est pas besoin du traitement causal, il faut recourir aux calmants, cocaïne, de préférence. (*Bollettino delle malattie dell'Orecchio*, etc., an V, n° 1, Florence, 1887.) Dr F. Cardone.

Les phénomènes réflexes d'origine nasale et les injections sous-muqueuses de cocaïne (*I fenomeni riflessi d'origine nasale, ecc.*), par M. le Dr Ferreri.

Ce travail est une revue synthétique bien soignée dans laquelle manque seulement quelques travaux italiens. Il se termine par la description d'un instrument qu'emploie M. le professeur de Rossi, de Rome, pour les injections sous-muqueuses de cocaïne dans les cavités nasales et dans le larynx. Cet instrument est une seringue à trois anneaux sur laquelle est inséré un long tube d'acier légèrement courbé à son extrémité; on y adapte une aiguille d'or pour injections. Selon l'avis du Dr Ferreri, l'emploi de la cocaïne avec cette méthode est préférable à celui du pinceau pour la rapidité de l'anesthésie. Dr Cardone.

Méthode pour faciliter l'ablation des polypes muqueux du nez, par M. le professeur Labus

L'auteur conclut en disant que l'ablation des polypes muqueux du nez, pratiquée à l'aide du rhinoscope avec le serre-nœud, est une manœuvre mieux supportée que celle avec les pinces. Elle est plus délicate et moins douloureuse, respecte les parties saines et ne cause pas des lésions inutiles. Avec cette méthode, on peut pratiquer des ablations qu'on ne peut pas accomplir avec les pinces, enfin pratiquer une opération complète et assurer une guérison définitive.

Article soigneusement rédigé, plein de précision clinique, et des détails techniques quelquefois originaux. (*Gazzetta degli Ospitali*, an VIII, n° 3, Milan, 1887.) Dr F. C.

LARYNX ET TRACHÉE.

Contribution au traitement des laryngosténoses après la trachéotomie, par le cathétérisme, par le Dr A. Malfilatre.

L'auteur, dans un premier paragraphe, nous énumère les causes des rétrécissements chroniques du larynx.

A. La sténose laryngée peut être engendrée par l'accumulation de dépôts plastiques, suite d'inflammation chronique. Les rétrécissements survenant en pareil cas peuvent, dit l'auteur, recevoir l'épithète d'*organiques*.

B. Les rétrécissements *cicatriciels* comme l'indique leur nom sont consécutifs à la formation de cicatrices.

Les fractures, les chondrites et les périchondrites suivies de nécrose et d'élimination des portions cartilagineuses peuvent amener des déformations rendant impossible la dilatation mécanique et faire recourir à d'autres procédés.

Le tubage fréquemment employé à l'étranger n'est guère en usage chez nous, où d'emblée on recourt à la trachéotomie. Celle-ci peut suffire quand les accès de suffocation sont dus à un œdème aigu ou à un spasme greffés sur la maladie principale; ces symptômes disparaissant, la canule peut ensuite être enlevée. Mais, malheureusement, il est loin d'en être toujours ainsi; de là le nombre vraiment considérable de tentatives faites pour arriver à débarrasser de leurs canules les malheureux patients.

Ainsi que le comporte la règle, il faudrait faire remonter à Hippocrate le cathétérisme du larynx, bien que la chose ne soit nullement prouvée. Desault qui, par erreur, introduisit dans le larynx une sonde œsophagienne le remit en honneur au XVIIIe siècle. En 1858, Bouchut essaya de le substituer à la trachéotomie dans le croup; Weinlechmer reprit à son tour la méthode et souleva par la publication de ses résultats en 1871 de violentes discussions. Grâce à Schrœtter, le cathétérisme est devenu d'un usage courant en Autriche, en Russie et en Allemagne. O'Dwyer et plusieurs autres, en Amérique, ont repris la méthode de Bouchut avec des instruments plus perfectionnés.

L'auteur fait ensuite l'historique du *cathétérisme par la plaie trachéale*, dont la première tentative fut faite en 1827 par Liston qui obtint un succès.

Vient ensuite le *cathétérisme par la voie buccale* que J. Roux (1856) fut le premier à pratiquer.

Dans un chapitre consacré aux méthodes diverses de cathé-

térisme, l'auteur commence par exposer la *méthode de Schrœter*. Il serait injuste, nous dit-il, d'attacher à Schrœtter seul l'invention de la méthode : il faut en effet rappeler qu'avant lui Trendelenburg s'était servi pour le cathétérisme laryngé, de petits cônes en étain. Mais Schrœtter eut le mérite de modifier le procédé en substituant aux instruments coniques un instrument absolument en rapport avec la forme de l'ouverture glottique, et en faisant construire un conducteur à courbure appropriée. L'introduction de l'instrument doit se faire avec un bon éclairage. Au moment où le cathéter arrive dans l'endroit rétréci, une petite toux et une sensation spéciale éprouvée par le malade indiquent que l'instrument est bien placé. Il est ensuite fixé et maintenu en place. Au début le cathéter reste et demeure pendant quelques heures seulement ; plus tard, il est laissé en place pendant vingt-quatre heures. Ce cathétérisme doit être répété chaque jour.

Schrœtter emploie aussi pour le tubage du larynx, et pour préparer la voie au cathéter, des sondes en caoutchouc durci. (Dilatateurs de Morell-Mackensie, de Navratil, de Whistler, de J. Moure). Après avoir rappelé que la pince à polypes de Fauvel peut servir au cathétérisme, M. Mafilâtre signale la pince à trois branches de Morell-Mackensie, le dilatateur à quatre branches de Navratil; le couteau laryngien de Whistler et enfin le dilatateur à quatre branches de Moure dont le principal avantage est de pouvoir se manœuvrer d'une seule main.

Les *olives* de Trendelenburg ont pour but d'amener une dilatation progressive du larynx.

Braun s'est servi de ballons de caoutchouc qui lui ont donné un succès dans une laryngosténose due à un goître.

Les *canules dilatatrices* ont aussi, dans certains cas, procuré de bons résultats, mais ce n'est en général que comme complément de la laryngofissure qu'on les emploie.

La *laryngofissure* est une opération essentiellement française et la seule applicable aux obstructions du larynx avec déformation considérable. On devra encore y avoir recours dans le cas d'insuccès du cathétérisme.

L'introduction du cathéter dans le larynx doit être précédée

de l'anesthésie préalable de l'organe. La cocaïne a aujourd'hui détrôné les nombreux procédés jadis employés pour obtenir cette anesthésie. L'insensibilité obtenue, on essaye en tâtonnant d'introduire le plus gros cathéter possible.

La *laryngotomie interne* consiste à détruire les brides ou bourrelets cicatriciels pouvant empêcher le cathétérisme du larynx dont ils ferment l'ouverture. Jacobson préfère la laryngotomie externe qu'il pratique après introduction préalable d'une baguette d'étain qui lui sert de conducteur.

Le *cathétérisme par la fistule trachéale*, après avoir été presque abandonné, tend aujourd'hui à reprendre quelque faveur; il est plus facile et plus expéditif que le cathétérisme par la voie buccale.

La méthode de Schrœtter qui semble n'avoir pas rencontré en France beaucoup d'adeptes, a, dans 36 cas rassemblés par Hering, fourni 8 guérisons complètes; 10 fois la canule ne put être enlevée, bien que la lumière du larynx eût recouvré ses dimensions normales et que la voix fût suffisamment améliorée. Enfin, dans les 18 autres cas, 4 fois la canule put être éloignée momentanément et 14 fois l'amélioration fut nulle. M. Malfilâtre explique ces insuccès apparents en disant que seules les laryngosténoses vraiment rebelles ont nécessité en même temps que le tubage, la trachéotomie. Il croit du reste que les observations fournies depuis 1881 sont plus favorables à la méthode de Schrœtter.

Le *cathétérisme ordinaire* est loin d'offrir les mêmes avantages, ce qui se comprend par la difficulté où l'on se trouve de maintenir à demeure le cathéter. Le cathétérisme doit être commencé le plus tôt possible. On s'en servira dans les rétrécissements organiques et cicatriciels, il faudra lui préférer la laryngofissure dans les rétrécissements par déformation de la charpente cartilagineuse.

L'action produite par le cathétérisme aurait pour résultat une inflammation autour du cathéter, suivie de la résorption et de l'atrophie des infiltrats organisés. De plus, les cathéters de Schrœtter, grâce à leur forme prismatique tendent à rendre à la glotte sa configuration normale.

La canule ne doit être supprimée que si la respiration s'effectue depuis longtemps avec facilité, même pendant un travail pénible, la canule étant bouchée ou bien enlevée. Les séances de tubage sont elles-mêmes éloignées peu à peu et supprimées au besoin pendant quelque temps. Il sera peut-être bon de n'abandonner jamais entièrement le cathétérisme chez un individu qui aura été frappé d'une laryngosténose grave ayant nécessité un traitement prolongé.

M. Malfilâtre, à la fin de sa thèse, relate 5 observations très détaillées avec 2 guérisons et 3 améliorations.

Son travail se termine par 3 pages d'indications bibliographiques. (*Thèse Paris*, 1886, n° 332.) M. NATIER.

Paralysie des dilatateurs de la glotte, par le Dr GOUGUENHEIM.

Il s'agit d'un malade atteint d'une paralysie des dilatateurs telle, que la trachéotomie dût être pratiquée. Le malade succombe quinze mois après de tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie, adénopathie péri-trachéo-bronchique, altération du récurrent, muscle crico-aryténoïdien postérieur sain, même à l'examen histologique. Gouguenheim croit que l'on a beaucoup exagéré la fréquence de la paralysie des dilatateurs; avec Krause de Berlin, Hooper et quelques autres auteurs, il pense qu'il s'agit bien plus souvent d'une contracture des muscles laryngiens que d'une paralysie des dilatateurs dont l'origine serait plus difficile à expliquer. (Congrès de Nancy pour l'avancement des sciences, 1886 et *Annales des maladies de l'oreille*, etc., n° 9, sept. 1886.)

Inauguration du cours de laryngologie à l'Université de Naples pendant l'année 1886-87 (*Pretezione al corsa di Laringo. iatria*), par M. le professeur MASSEI.

L'auteur a soin de démontrer l'importance de la laryngologie, au point de vue de la spécialité, en particulier, et de la clinique, en général, avec des exemples pratiques. Il présente trois cas, un de syphilis du pharynx et du larynx, le second de tuberculose primitive du larynx, et le troisième de paralysie double des muscles crico-aryténoïdiens posté-

rieurs (ou spasme des adducteurs?) dû au tabes dorsalis. Important est le second cas, mais très important le dernier. Dans celui-ci, il s'agissait d'une femme chez laquelle existait une abolition des réflexes tendineux, de l'anesthésie, de la sensation de froid à la face et autres désordres du système nerveux. La malade était souvent atteinte de *crises laryngées*.

A notre avis, dans ces cas de *crises*, il s'agirait plutôt d'un spasme que d'une paralysie. (Extrait de la *Réf. Méd.*, novembre 1886.) D^r C.

Tumeur trachéale extirpée par les voies naturelles,
par M. le professeur G.-Masini.

Il s'agissait d'un fibro-myxome. La tumeur était située sur les premiers anneaux de la trachée et dans la phonation se présentait entre les cordes. Elle fut extirpée par les voies naturelles et facilement, en une seule fois. L'auteur pratiqua préalablement l'anesthésie avec la cocaïne : il employa des pinces spéciales, comme celles de Mackensie, mais les branches horizontales avaient la courbure des pinces de Schrötter, et les branches verticales étaient plus longues. (*Riforma medica*, n° 275, Naples, 1886.) Dr F. C.

Retrécissement syphilitique de la trachée et des bronches. — Gomme sous-périostique du pariétal. — Exostose du frontal. — Infiltration gommeuse du temporal gauche, par J. Besançon, interne des Hôpitaux.

Il s'agit d'un homme, âgé de soixante-deux ans, qui avait contracté la vérole à vingt ans. Il eut un chancre du gland et à plusieurs reprises des plaques muqueuses de la gorge et de l'anus. Médication mercurielle énergique pendant plusieurs années. Stomatite, coryza spécifique, nécrose des os du nez, tumeurs craniennes sont survenus chez lui aux diverses périodes de sa lésion. Il a pris des quantités énormes de sirop de Gibert et d'iodure de potassium.

Il est entré à l'hôpital pour des accès d'étouffement liés à un emphysème pulmonaire. L'ouverture de la narine gauche n'est pas visible. Au crâne, au niveau du lambda, existe une tumeur de la grosseur d'un petit œuf. En avant, le fron-

tal est bosselé, dur, irrégulier. Rien à l'examen clinique des viscères. Inefficacité du sirop de Gibert et de l'iodure.

Le malade meurt au bout d'un mois et demi de pneumonie.

A l'autopsie, surcharge graisseuse du péritoine. Le poumon droit est immobilisé à sa base ; il est très emphysémateux. Le poumon gauche a son lobe atteint de pneumonie, pendant que tout le reste est le siège d'emphysème et d'un certain degré de congestion. Rétrécissement semi-annulaire à deux centimètres au-dessus de la bifurcation de la trachée et sur sa partie postérieure. Un peu au-dessus du rétrécissement, dépression et cicatrice étoilée. Orifice inférieur du larynx très rétréci. Rétrécissement de la bronche au niveau de son origine. Nulle altération gommeuse des bronches intra-lobulaires ou du parenchyme. — Langue intacte ainsi que tube digestif. Système artériel sain, cœur graisseux ; rien du côté des autres organes. Quant au *foie*, il ne présente pas trace de cicatrices syphilitiques ni de gommes. On y rencontre deux tumeurs contenant deux hydatides mortes. Le *crâne* offre une hyperostose du frontal, une gomme sous-périostique du pariétal et une infiltration gommeuse du temporal gauche.

L'intérêt de cette observation réside pour M. Besançon dans la sténose trachéo-bronchique qu'aucun signe n'avait fait reconnaître avant la mort. Il n'existait en effet, pas de cornage et la gêne respiratoire accusée par le malade, était sous la dépendance de l'emphysème pulmonaire. Ceci, tendrait à prouver que les ulcérations tertiaires de la trachée, peuvent évoluer et guérir en laissant au conduit un calibre suffisant pour la respiration *(Progrès Médical* du 12 juin 1886).

M. Natier.

De l'introduction dans les voies aériennes de dents extraites, par L.-H. Petit.

L'auteur rapporte deux observations : l'une due à un médecin de province qui mandé auprès d'un malade, dans le poumon droit duquel une dent était tombée depuis 8 mois, put l'en expulser sous l'influence de poudres sternutatoires.

Dans le second cas, une dent molaire était aussi tombée dans le poumon droit, Marshall, à l'hôpital Saint-Thomas, pratiqua en vain la pneumotomie; la dent ne put être extraite et on n'obtint qu'une amélioration des symptômes. (*Union médicale* du 13 mars 1886, n° 35.)

Trachéotomie d'urgence (*Tracheotomia d'urgenza*), par M. le Dr Nuvoli.

Dans une séance de la Société Lancisienne des Hôpitaux de Rome le Dr Nuvoli rapporte le cas d'une trachéotomie d'urgence pratiquée avec le seul bistouri, sans l'aide d'autres instruments.

L'index dans l'incision des anneaux trachéaux suffit pour assurer à l'air une nouvelle voie. (*La Riforma Medica*, Naples, sept. 1886.) Dr Cardone.

Corps étranger de l'œsophage, laryngotomie, trachéotomie, guérison (*Impacture of a foreingn body in the œsophagus, laryngotomy tracheotomie recovery*, par le Dr Christopher Heath.

Il s'agit d'un enfant qui, pendant son repas, pris d'un accès de dyspnée très intense, fut apporté à l'hôpital très cyanosé et faisant de violents efforts inspiratoires qui ne réussissaient à faire passer dans les poumons qu'une très petite quantité d'air. On pratiqua séance tenante la laryngotomie; celle-ci n'ayant pas suffi, on pratiqua la trachéotomie en laissant intact le cricoïde. L'enfant ne tarde pas à se remettre. On lui administre alors du chloroforme et l'on examine le pharynx et le larynx sans rien trouver d'anormal. On introduit alors une sonde dans l'œsophage que l'on trouve obstrué. Par une forte pression, on réussit ensuite à faire pénétrer la sonde jusque dans l'estomac. On introduit ensuite un stylet dans le larynx et la trachée par la plaie trachéale et l'on ne rencontre aucun obstacle. Le malade, à son réveil, fut pris de vomissements et rendit un gros morceau de viande, long d'un demi-pouce et large de trois quarts de pouce et d'environ un demi-pouce d'épaisseur. Le malade guérit.

L'auteur fait observer qu'il est difficile dans ce cas, de préciser la cause de la dypsnée; deux hypothèses pouvaient être

faites ou le corps étranger s'était arrêté en partie sur l'orifice de l'œsophage en partie sur celui du larynx, ou son passage avait donné lieu à un spasme du larynx. Quoi qu'il en soit, la gravité des symptômes suffisait dans ce cas pour justifier l'intervention chirurgicale.

Nous ferons observer que, dans l'ignorance où se trouvait le chirurgien du siège de la sténose, il aurait dû pratiquer la trachéotomie sans s'arrêter à faire tout d'abord la laryngotomie.

Le corps étranger étant dans l'œsophage, nous ne voyons pas trop comment la laryngotomie n'a pas suffi à donner au malade une quantité d'air suffisante pour le ranimer. (*The Lancet*, 21 août 1886.) Dr J. Charazac.

Anévrysme de l'aorte descendante thoracique. Accès de dypsnée. Ouverture dans la bronche gauche, par A. Grandhomme, interne des Hôpitaux.

Il s'agit d'un homme de soixante-quinze ans, entré à l'hôpital le 8 janvier avec des accès d'oppression très intenses, surtout la nuit.

Cet homme, qui n'a jamais fait de maladie sérieuse, tousse fréquemment depuis quatre ou cinq ans. Il est amaigri et très oppressé, surtout depuis un mois. Sa respiration est sifflante, la parole et la voix sont normales.

La sonorité pulmonaire est exagérée à la base, des râles divers disséminés dans la poitrine.

Battements du cœur normaux, pouls régulier, artères radiales dures, sinueuses. Pas de fièvre.

On se croit en présence d'une bronchite chronique avec emphysème.

Du 16 au 19 janvier, après plusieurs accès de dypsnée, avec hémoptysies de plus en plus abondantes, le malade meurt subitement le 19 dans l'après-midi, après une hémoptysie foudroyante de trois quarts de litre environ.

Autopsie. — On trouve un volumineux anévrysme de l'aorte descendante. La tumeur qui occupe en haut toute la gouttière costo-vertébrale mesure 28 centimètres de long.

La poche est remplie par le caillot qui présente les stratifications ordinaires aux anévrysmes.

Les nerfs pneumo-gastrique et récurrent gauche sont englobés dans la tumeur.

La bronche gauche présente en arrière un orifice par lequel elle communique avec l'aorte.

Au point où il croise l'aorte, l'œsophage, sur sa tunique interne, présente une petite papule bleuâtre. Très amincie, sa paroi n'eut certainement pas tardé à se rompre à ce niveau. (*Sem. med.* du 27 mars 1836.) M. NATIER.

Ataxie locomotrice progressive à évolution rapide. Début par des troubles vésicaux. Grossesse intercurrente. Douleurs fulgurantes. Ecchymoses tabétiques. Spasmes laryngés. Atrophie musculaire, etc. Mort. Autopsie, par M. MÉDAIL.

Il s'agit d'une femme âgée de quarante-cinq ans qui, dans le cours de son ataxie, présentait quelques spasmes laryngés cédant habituellement à l'ingestion d'un peu d'éther.

A l'autopsie, le cerveau était sain; seule, la moelle était réduite en bouillie jaunâtre à partir du renflement lombaire jusqu'en bas. (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 15 août 1886, n° 3).

VARIA.

Perte de l'épiglotte consécutive à la diphtérie,
par le Dr BERENTSEN.

L'auteur publie un cas de diphtérie traitée par un homœopathe, et où le pilier postérieur gauche du voile du palais avait disparu, ainsi que le bord libre de l'épiglotte. Le reste de celle-ci était granuleux. Six semaines après, la guérison était obtenue par des cautérisations au nitrate d'argent et des insufflations d'iodoforme. (A.Schnelle, *Médicinsk Revue* 1885, p. 129, in *Rev. internat. des Sc. méd.*, du 31 mai 1886, n° 29.) M. N.

Cas de diphtérie chronique, par M. le Dr CONCETTI.

Un petit enfant de trois ans, atteint depuis presque un mois d'écoulement nasal séreux, quelquefois sanguinolant, avec production de pseudo-membranes sur la cloison à droite, fut pris de fièvre. Celle-ci dura presque une semaine, et

puis reparut après vingt jours pour continuer trois jours seulement. Survint de la paralysie du voile; ses trois autres frères et la domestique furent, en peu de temps, atteints de diphtérie du pharynx : le plus petit succomba.

L'auteur rappelle encore d'autres cas, dans lesquels on eut une véritable forme prolongée de diphtérie, mais dans son cas il s'agissait d'une forme remarquablement chronique; car la maladie se présenta sous la même forme dans l'espace de quatre mois, avec deux périodes de fièvre d'une courte durée, dues à l'absorption de matériaux infectieux arrêtés dans la cavité nasale.

Enfin, l'auteur, parlant de la pathogénie de la diphtérie en général, admet soit l'infection primitive par la voie de la respiration, soit le contact direct de substances nuisibles sur la muqueuse de la bouche et du pharynx, soit la transplantation directe sur une muqueuse ou sur la peau dénudée. (*Archivio di Pathologia infantile*, an IV, n° 6, Naples.) Dr F. CARDONE.

Sur le traitement de la diphtérie, par le Dr BRONDET, d'Alger.

Par le traitement qu'il indique, depuis cinq ans qu'il exerce à Alger, où la diphtérie est très fréquente, l'auteur, sur plus de *deux cents cas*, n'a jamais perdu un malade, sauf quelques enfants atteints de croup confirmé et cela au moment où, dès le début de sa carrière, M. Brondet n'employait pas encore rigoureusement son mode actuel de traitement. Ce traitement préconisé par Letzeritch consiste à administrer le benzoate de soude auquel depuis trois ans l'auteur ajoute le sulfure de calcium.

Voici le *modus faciendi* auquel l'auteur s'est arrêté : « Je fais administrer, dit-il, toutes les heures, une cuillerée à soupe d'une potion de 150 grammes contenant 4 à 5 grammes de benzoate de soude, suivant l'âge de l'enfant. Le sulfure de calcium est donné en même temps que la potion, qu'il soit granulé ou sous forme de sirop. Enfin je me sers d'une solution de benzoate de soude à 10 pour 100 et ces pulvérisations doivent être faites toutes les demi-heures régulièrement nuit

et jour dans les cas graves, en respectant le sommeil dans les cas moyens. Il faut que le traitement soit rigoureusement conduit.

Sous l'influence de ce traitement, on voit les fausses membranes pâlir, perdre de leur consistance, devenir de plus en plus gélatineuses et disparaître enfin, dissoutes par le benzoate de soude en laissant au-dessous le derme cicatrisé. Administrer en même temps des potions toniques, de l'arséniate de strychnine; combattre la fièvre par les sels de quinine d'aconitine à doses fractionnées, par l'antipyrine s'il y a hyperthermie. Le benzoate de soude serait donc un véritable spécifique de la diphtérie. Il était considéré comme tel par Graham Brow, Letzerich; il a donné de bons résultats à Kiev (de Strasbourg), Ferréol, etc. (*Bull. gen. de thérap.*, 15 novembre 1886.) Dr J. Ch.

Traitement de la diphtérie par l'iodure de potassium,
par le Dr Stepp (de Nuremberg).

Pour les enfants de un à trois ans, dans les cas désespérés, l'auteur donne une solution de 2 à 4 0/0; pour les enfants plus âgés, la solution est administrée de 4 à 10 0/0; une cuillerée toutes les heures. Un enfant de neuf ans, atteint d'une diphtérie très grave et traité de la sorte, fut radicalement guéri, au bout de dix jours, après avoir avalé environ 50 grammes d'iodure de potassium. (*Revue internat. des Sc. médic.*, n° 32, 1886.) M. N.

Contribution au traitement de la diphtérie,
par M. le Dr C. Jandoli.

L'auteur se montre enthousiaste des insufflations de soufre, et il rapporte quelques cas de guérison. (Rome, 1886.)

Dr F. C.

Dyspnées d'origine paludéenne, par le Dr Briand.

B... rappelle qu'il a déjà signalé avant M. de Brun la forme dyspnéique de l'impaludisme. Toutefois, dans les observations de M. Briand, il s'agissait vraisemblablement de congestion laryngienne, tandis que les faits rapportés par M. de Brun semblent être le résultat de spasme. (*Gaz. des Hôpit.*, 28 août 1886.)

Traitement de la coqueluche par les insufflations de poudres dans le nez, par J. Grasset, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

La coqueluche est une affection contre laquelle nous sommes encore bien désarmés, c'est pour être utile aux praticiens que M. Grasset signale les insufflations de poudres dans le nez. Se basant sur les recherches de Hack, Schadewald et Wille qui considèrent la coqueluche comme une névrose pouvant survenir après une lésion du trijumeau, Michael, dans 70 cas de coqueluche, a essayé d'un traitement par le nez, et s'est arrêté aux insufflations de poudres médicamenteuses. Il a employé deux sortes de poudres : les unes inertes (poussière de marbre), les autres actives (quinine, benjoin, etc.).

Deux conclusions ressortent des résultats obtenus par Michaël :

1° Au point de vue pratique, il conseille les insufflations de poudres dans le nez comme un traitement efficace et, d'autre part, inoffensif de la coqueluche; il préfère le benjoin et le chlorhydrate de quinine. Les insufflations doivent être faites toutes les vingt-quatre heures et avec beaucoup de soin. Dans certains cas rebelles, on pourrait peut-être y joindre avec avantage, soit de l'ipéca, soit de la quinine ou du bromure de potassium à l'intérieur;

2° Les recherches de Michaël semblent établir que la coqueluche est une névrose réflexe du nez due à l'excitation initiale de la muqueuse nasale. La cause de cette excitation serait parasitaire. L'immunité que donne la maladie prouve la nature infectieuse. Le poison spécifique serait le seul excitant de la quinte. La poudre peut agir à la fois mécaniquement et chimiquement : elle agit alors même qu'elle est arrêtée dans les fosses nasales et n'arrive pas au contact du larynx. Enfin Michaël rapproche son hypothèse des divers autres succès médicamenteux constatés dans ces derniers temps pour la coqueluche et où l'amélioration a été obtenue par voie réflexe.

M. Grasset, sans vouloir discuter l'hypothèse de Michaël,

conseille d'employer le moyen qu'il préconise pour combattre la coqueluche, puisqu'il est inoffensif et facile à mettre en pratique. (*Semaine médicale* du 10 mars 1886.)

M. NATIER.

Du rétrécissement cancéreux de l'œsophage,
par M. LANDOUZY.

L'auteur rapporte l'observation de deux malades atteints de rétrécissements cancéreux de l'œsophage, et morts, l'un dans le service de M. Hardy, l'autre dans celui de M. Segond. Chez les deux, la même conduite prudente a été observée, et le cathétérisme de l'œsophage n'a pas été pratiqué. Le premier malade était atteint de son affection depuis un an environ. A son arrivée dans le service, M. Hardy diagnostiqua un rétrécissement *cancéreux* de l'œsophage à la partie moyenne. Il put être soutenu, grâce à un mélange de lait, de jaunes d'œuf et de poudre de viande, mais huit jours avant la terminaison fatale, la difficulté d'avaler même les liquides devenait telle qu'il suppliait M. Laudouzy de pratiquer le cathétérisme œsophagien, ce qui lui fut refusé. Il mourut d'une hémorragie épouvantable et l'autopsie démontra que la tumeur avait exulcéré les tuniques muqueuse et musculeuse de l'œsophage et perforé l'aorte. L'abstention de tout cathétérisme était donc légitimée par la situation de la tumeur, ses adhérences, sa nature.

Le malade de M. Segond, chez lequel, grâce aux troubles organiques, il fut aussi très facile de diagnostiquer un rétrécissement cancéreux de l'œsophage mourut non d'hémorragie, mais bien de complications pleuro-pulmonaires; un épanchement considérable s'étant produit dans la plèvre droite. L'autopsie montra une généralisation cancéreuse qui eût rendu inutile toute intervention chirurgicale.

L'auteur termine en donnant son opinion sur le droit et le devoir d'intervenir chirurgicalement dans cette affection. Dans les rétrécissements *cancéreux*, abstention complète; par contre, dans les rétrécissements *cicatriciels* si la dilation faite avec prudence n'a pas été couronnée de succès, le droit et le devoir des médecins est d'intervenir par la gastrostomie. Cette

opération elle-même pourra peut-être permettre, alors que le rétrécissement *cicatriciel* sera situé très bas, de faire la dilatation par la voie stomacale. (*Gazette des Hôpitaux*, n° du 23 février 1886.) M. Natier.

Des varices de l'œsophage dans les troubles de la circulation-porte, par le Dr Longuet.

L'association des dilatations variqueuses de l'œsophage à la cirrhose du foie, est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Ce sont les auteurs français qui, les premiers, ont signalé les varices œsophagiennes d'origine hépatique. Les documents réunis sont aujourd'hui assez nombreux pour que M. Longuet puisse croire à l'intérêt offert par une étude d'ensemble.

Il signale quelles sont les voies complémentaires de circulation du sang, dans les cas de cirrhose du foie. Il faut, parmi elles, compter le plexus veineux œsophagien qui est exposé à recevoir, de différents côtés, le contre-coup de toutes les causes de perturbation de la circulation du sang dans la veine-porte. Ce plexus peut être, d'après Zenker et Ziemssen le siège de varicosités assez fréquentes chez les vieillards; mais elles ont, dans ce cas, pour siège la partie supérieure de l'œsophage. Ces varicosités sont au contraire situées à la partie inférieure du tube œsophagien dans les cas de circulation supplémentaire de l'obstruction-porte. C'est grâce à l'atrophie de la muqueuse qui les recouvre, que s'explique la facilité comme le danger des hémorragies dont elles sont le siège.

Les hémorragies peuvent provenir soit d'un ulcère variqueux, soit d'une nécrose complète de la muqueuse. Elles sont favorisées par les changements de pression auxquels est soumis le sang dans les dilatations œsophagiennes.

Les varices œsophagiennes sont assez difficiles à reconnaître au début ; le signe capital pouvant mettre sur la voie du diagnostic, c'est l'hémorragie se traduisant le plus souvent par d'abondantes hématémèses, mais pouvant également donner lieu à des selles sanglantes.

La rupture des varices œsophagiennes peut être consécutive à un effort déterminant une surtension veineuse : elle peut être aussi la conséquence d'un cathétérisme intempestif. Toujours graves, ces hémorragies ne sont cependant par fatalement mortelles.

Hans Bendz prétend rattacher à la rupture des veines œsophagiennes, la totalité des hémorragies intestinales de la cirrhose. Cette opinion paraît excessive à M. Longuet, mais il croit néanmoins que des autopsies plus attentives devront réduire de plus en plus la part des hémorragies gastro-intestinales primitives de la cirrhose. (*Union médicale* des 13 et 15 mai 1886, n[os] 65 et 66.) M. N.

Varices de l'œsophage.

Société império-royale des médecins de Vienne.

M. Kundrat rappelle que cette affection encore peu connue a été tout d'abord décrite par les auteurs français. Outre les petites varices des veines sous-muqueuses de l'œsophage, il y a une forme d'ectasie des veines sous-muqueuses qui reste limitée à une des régions de l'œsophage et surtout à sa partie inférieure. Dans cette forme s'observent les dilatations les plus volumineuses surtout chez les malades atteints de maladies du foie.

Les varices de la partie supérieure de l'œsophage s'observent lorsque l'écoulement du sang du cœur droit est entravé : comme elle n'atteint jamais un haut degré, l'affection n'a qu'une faible importance.

Dans une seconde forme, les varices se rencontrent dans toute l'étendue de l'œsophage et surtout dans sa partie inférieure. C'est alors qu'on voit les veines sous-muqueuses de la grosseur du doigt en communication avec les réseaux veineux situés sous la petite courbure de l'estomac. Ces varices se rencontrent dans les maladies du foie et, presque dans tous les cas, il existe un obstacle à l'écoulement du sang de la veine-porte. C'est ce qu'a pu constater M. Kundrat dans cinq cas qui se sont présentés à son observation et l'explication qu'il en donne est la suivante : les veines situées au niveau de la

paroi antérieure et postérieure de la petite courbure de l'estomac sont du domaine de la veine coronaire stomachique; or, celle-ci envoie ses rameaux dans la couche sous-muqueuse et ce sont ces ramifications qui deviennent variqueuses. Cette voie est la plus directe et c'est à tort qu'elle est niée par Duret. Cette circulation collatérale permettrait aussi d'expliquer les hémorragies graves, suivies de mort qui surviennent dans certains cas de varices œsophagiennes.

M. Bamberger fait remarquer que l'existence de cette voie collatérale était bien connue, mais qu'on ignorait qu'elle pût donner lieu à un aussi grand développement de varices. Il a vu des individus atteints de cirrhose hépatique, mourir d'hémorrhagies profuses, qui pourraient bien être attribuées à des varices œsophagiennes. (*Semaine médicale* 17 fév., 1886.)

M. Natier.

De l'œsophagite aiguë (*Uber œsophagitès acuta*), par le Dr Ph. Schech, Privat-docent à Munich.

D'après l'auteur, l'œsophagite aiguë n'est pas aussi rare qu'on a l'habitude de le croire. Il en a observé lui-même 4 cas. Elle est provoquée principalement par une cause mécanique, chimique ou thermique. Trois fois sur les 4 cas observés par l'auteur, on pouvait accuser avec certitude l'abus de boissons alcooliques, les symptômes étant survenus dans les douze à vingt-quatre heures après l'excès. D'autres causes sont, d'après Zenker et Ziemssen : les corps étrangers incarcérés, le choléra, le typhus, la pyohémie, la syphilis, les affections des vertèbres, etc.

Le *symptôme* principal et premier est la douleur que les malades éprouvent à la déglutition; ensuite une sensation douloureuse, quand on presse sur l'œsophage, ou quand les malades fléchissent ou tendent la colonne vertébrale. Un troisième symptôme, que Mackensie a observé chez ses malades, est la sécrétion et l'expectoration d'une grande quantité de mucus écumeux ou visqueux. Quelquefois, les malades sont pris de fièvre, de léger délire, d'anorexie complète et d'une grande soif.

La *durée* de la maladie varie entre quelques jours et plusieurs semaines; en général, la guérison ne tarde pas longtemps. Le *pronostic* est en somme favorable; on a cependant déjà vu la mort survenir à la suite de phlegmons, d'abcès, d'hémorragies et de gangrène. Il n'est pas encore absolument sûr que l'affection ne puisse devenir chronique, surtout sous l'influence de l'alcool.

Le diagnostic est fondé sur les symptômes décrits, et on ne manque point, comme on voit, d'indications certaines pour l'établir. La thérapeutique doit être en premier lieu diététique éviter les choses irritantes; prendre du lait, du thé, etc., quelquefois, la glace soulage beaucoup, dans d'autres cas elle n'est pas supportée; des injections d'une solution de cocaïne dans l'œsophage rendent de bons services. Du tannin à l'intérieur : l'auteur s'en est trouvé bien d'après la formule suivante :

Acide tannique................	1.50
Eau distillée...................	140.00
Glycérine	10.00

Toutes les deux heures 1 cuillerée à prendre. (*Munchener Med. Wochenschrif*, n° 42, 1886.) Dr BAYER.

Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde, par M. le Dr J. REVERDIN.

Voici les conclusions de ce travail, lu au Congrès français de chirurgie :

Les accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde dans l'espèce humaine sont constitués par le même ensemble de symptômes que le myxœdème ou cachexie pachydermique spontané.

L'extirpation totale du corps thyroïde n'est pas fatalement suivie de myxœdème chez l'adulte.

Le myxœdème chirurgical est, contrairement au myxœdème médical, susceptible d'amélioration, peut-être même de guérison.

Dans le cas d'amélioration, on observe parfois, longtemps après l'extirpation, l'apparition de petites tumeurs probable-

ment développées dans des lobules aberrants de la glande, mais l'amélioration peut se manifester en dehors de ces cas.

Des myxœdèmes frustes peuvent se développer dans des extirpations partielles, mais il est vrai qu'alors le lobe restant s'atrophie.

On ne doit pas renoncer à pratiquer l'extirpation partielle.

La thérapeutique est encore à l'étude. (*La France Méd.*, 23 octobre 1886.) D[r] J. Ch.

Contribution à l'étude des fistules broncho-cutanées,
par M. le D[r] Louis Bourdon.

L'auteur commence par définir les fistules broncho-cutanées qu'il appelle « des trajets de formation nouvelle établissant une communication directe entre la peau et les bronches ou leur terminaison. » Montrer que leur cause première peut siéger en dehors du poumon et de la plèvre, tel est le but qu'il se propose.

Après avoir brièvement rappelé, que les fistules broncho-cutanées sont connues depuis longtemps déjà, puisque la première observation s'y rapportant, remonterait à Poubert, chirurgien en chef de la Charité, M. Bourdon insiste sur ce fait que les autres semblent méconnaître la possibilité d'une communication directe entre le poumon et le tissu cellulaire sous-cutané, à la suite d'une inflammation primitive de ce dernier. Il rapporte alors quinze observations, dont deux personnelles « pour la plupart démonstratives d'ouvertures fistuleuses faisant communiquer les bronches avec la cavité d'un abcès des parois thoraciques, souvent même avec l'extérieur, en l'absence de toute lésion primitive du poumon. »

Dans la variété de fistules étudiées par l'auteur, il existe souvent une collection purulente échappant à l'observation et ne devenant manifeste que lors de son iruption dans les bronches. Mais le plus souvent, la collection purulente, reconnue et ouverte de bonne heure, l'inflammation s'étend, gagne les plèvres et bientôt se produit une ouverture fistuleuse du côté des bronches. On pourra encore rencontrer des collections purulentes au niveau du thorax se manifestant par de nombreux signes, alors que l'examen de la poitrine est absolu-

Le diagnostic des collections purulentes parfois très difficile devra être fait : 1° *Avec une hernie du poumon;* 2° *avec une pleurésie partielle enkystée ouverte du côté du poumon;* 3° *avec une pleurésie purulente ouverte du côté du poumon en même temps que du côté de la peau;* 4° *avec un pneumo-thorax limité par des adhérences;* 5° *avec un kyste hydatique;* 6° *avec les pleurésies pulsatiles.*

Le pronostic est essentiellement lié à la cause qui a produit la fistule.

Souvent il peut arriver que la cavité pleurale reste fermée à l'invasion de la collection purulente; mais on peut aussi voir celle-ci envahir et la plèvre et le poumon. Si la fistule broncho-cutanée demeure incomplète, elle ne tarde pas à se cicatriser après s'être comblée. Les fistules broncho-cutanées peuvent encore aboutir à la région sous-claviculaire et amener la suppuration du sommet des poumons.

Rares après l'âge de quarante ans, les fistules broncho-cutanées sont plus fréquentes dans le sexe masculin, ce qui s'explique par les travaux plus rudes auxquels sont soumis les hommes. La scrofule, la débilitation matine ou professionnelle peuvent aussi les engendrer fréquemment.

Donner une prompte issue au contenu de l'abcès, telle sera la première indication du traitement. Drainage soigneux, pansements antiseptiques seront mis en usage. Quant aux complications, elles seront combattues par des moyens appropriés.

Une page d'index bibliographique termine la thèse. (*Thèse, Paris*, 1886, n°...)

communications dans cette session sont priés de vouloir bien prévenir M. le Secrétaire, et lui adresser leurs mémoires avant le 10 mars, rue d'Amsterdam, 72 *bis*.

ART. 29. — Le manuscrit des mémoires présentés à la Société sera écrit et les communications faites en français.

Le manuscrit doit être adressé au secrétaire, ou déposé, au plus tard, sur le bureau, dans la séance même où doit avoir lieu la lecture.

Pour le Comité : le Secrétaire, Dr MOURA.

Dans sa séance du 10 février dernier, la Société de médico-chirurgicale de Liège a nommé M. le Dr E. J. Moure, membre correspondant étranger.

M. le Dr Emile Kaufman vient d'être nommé *privat-docent* d'Otologie à la Faculté tchèque de médecine de Prague.

Nous avons reçu le premier numéro d'un nouveau journal ayant pour titre la *Pratique médicale*, publié, à Paris, par MM. Baratoux, Jouin et Malécot. Cette nouvelle feuille hebdomadaire paraîtra le mardi. Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr J. Baratoux, 51, rue Lafitte, à Paris.

NÉCROLOGIE

M. Béclard (Jules), doyen de la Faculté de médecine de Paris, commandeur de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, est mort le 9 février dernier dans sa 69e année.

Parmi ses nombreux travaux de physiologie, nous nous bornerons à signaler son *Traité de Physiologie*, arrivé à la 7e édition. M. Béclard donna aussi au *Dictionnaire encyclopédique* plusieurs articles importants, entre autres celui concernant le larynx (Physiologie), membre de l'Académie de médecine de Paris (1862), dont il était le secrétaire perpétuel, la sympathie et l'estime de ses confrères lui valut l'honneur d'être nommé président de l'Association générale des médecins de la Seine. Depuis 1881, il était doyen de la Faculté de médecine.

Bordeaux.— Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

8e Année. N° 4. 1er Avril 1887.

CONSIDÉRATIONS SUR LA PHARYNGITE SÈCHE OU ATROPHIQUE

Par le Dr E. J. MOURE

On donne le nom de pharyngite sèche ou plus exactement de pharyngite atrophique, à une inflammation chronique de la muqueuse du pharynx et particulièrement de la cavité naso-pharyngienne ; cette affection est caractérisée par la présence d'une sécrétion épaisse se desséchant rapidement et donnant à la paroi-muqueuse un aspect vernissé, sec, comme parcheminé.

Le pharyngite atrophique a été diversement décrite par la plupart des auteurs, qui en font les uns, un symptôme de la pharyngite chronique simple ou de la pharyngite glanduleuse (Chomel, Lasègue, Gueneau de Mussy, De Trœlsch, Morell-Mackenzie, etc., etc.), les autres, une manifestation de la diathèse scrofuleuse (Isambert, Lemaistre), du diabète (Joal), de la dégénérescence graisseuse du cœur (Löri); d'autres enfin, la décrivent comme une affection spéciale dont ils donnent une description séparée. Parmi ces derniers, nous trouvons Lewin, Frænkel, Solis Cohen, Bosworth, Fayseler.

La sécheresse du pharynx existe en effet dans bien des cas d'inflammation de cette paroi, et l'on retrouve ce symptôme plus ou moins accusé dans la pharyngite chronique simple et la pharyngite granuleuse. De même, comme l'a fait remarquer Joal (1), on constate assez souvent chez les diabétiques, une sécheresse notable de la muqueuse de l'arrière-gorge, et même de la bouche tout entière; mais la paroi, le voile palatin et ses piliers sont plutôt tuméfiés et épaissis que très amincis. Souvent la membrane muqueuse de l'arrière-nez est tuméfiée, rouge, mais assez lisse et unie. L'arrière-gorge

(1) De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique, dans la glycosurie et l'albuminurie (*Revue mens. de laryng., otol., etc.*, n° 6, juin et juillet 1882).

offre bien un aspect vernissé, brillant; mais il n'y a point de sécrétions visqueuses, jaunâtres ou même croûteuses comme celles que l'on observe dans la véritable pharyngite atrophique.

Cette dernière a été assez bien décrite par M. Lemaistre (1) dans son travail inaugural sur l'angine superficielle scrofuleuse chronique (2), qui la distingue nettement du catarrhe naso-pharyngien habituel; Isambert, lui aussi, rattachait la pharyngite sèche à la scrofule, qu'il appelait avec l'auteur précédent la forme superficielle de cette manifestation diathésique, mais ces deux auteurs avaient le tort, selon nous, de supposer que le catarrhe sus-palatin pouvait s'étendre vers l'orifice postérieur des fosses nasales et y provoquer l'ozène. C'est le contraire qu'il aurait fallu dire, car nous sommes sur ce point tout à fait de l'avis du Dr Fayseler, qui, dans son étude sur l'angine sèche (3), dit que cette affection est habituellement accompagnée d'un catarrhe de la cavité nasale. Nous allons même plus loin, car nous pensons que l'affection pharyngienne est *le plus souvent secondaire*, et la conséquence d'un coryza atrophique (ozène), plus ou moins ancien. Si l'on se rappelle en effet que l'ozène *vrai*, essentiel, si nous pouvons employer cette expression, n'est pas comme on l'a cru jusqu'à ces derniers temps une affection ulcéreuse de la muqueuse pituitaire, mais une rhinique atrophique, essentiellement caractérisée par l'élargissement des fosses nasales dont nous n'avons pas à discuter ici la nature; si, disons-nous, l'on a présente à l'esprit cette notion importante, l'on comprendra très bien que l'affection rétro-nasale et pharyngienne soient le plus habituellement *la conséquence* de la propagation du processus atrophique à la muqueuse qui tapisse ces parties de l'arbre aérien, plutôt que *la cause* des maladies des cavités nasales. Il est

(1) *Thèse de Paris*, 1875, n° 1.
(2) *Confér. clin. sur les mal. du larynx*, Paris 1875, p. 174.
(3) *Thèse de Paris*, 1883, p. 16.

habituel, en effet, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer (1), de constater chez les malades atteints d'ozène, l'existance de sécrétions croûteuses, jaune verdâtre, particulièrement abondantes le matin au réveil, derrière le voile du palais, tandis que la partie inférieure du pharynx est simplement sèche, vernissée, recouverte d'un mucus visqueux transparent, moins épais que le précédent. Nous ne craignons même pas d'aller plus loin que les auteurs précédents, en disant que la pharyngite atrophique n'est, pour ainsi dire, jamais une affection isolée, mais une simple propagation du processus atrophique des fosses nasales à la paroi pharyngienne. Toutes les fois que l'on constate sur le pharynx l'existence de cet amas croûteux, dont nous avons déjà parlé, l'on doit examiner les fosses nasales, et l'on trouve alors soit une accumulation de matières analogues aux précédentes, ou plus épaisses que ces dernières ; soit un élargissement notable des cavités nasales si la sécrétion a été enlevée. Il existe en un mot les symptômes de la rhinite atrophique.

Causes. — Et maintenant, si l'on songe combien cette affection atrophique est fréquente chez les sujets scrofuleux, l'on ne sera plus étonné de voir la pharyngite sèche, décrite comme étant le premier degré de la forme la plus légère de la scrofule du pharynx. Toutefois, les auteurs précédents sont d'accord pour avancer que la muqueuse est lisse, unie, mais jamais colorée, ni même érodée, comme l'avait tout d'abord supposé Isambert (2). Aussi convient-il de ranger parmi les causes de l'affection, toutes celles qui peuvent amener ou plutôt entretenir une inflammation chronique de la muqueuse pituitaire. C'est à ce titre que l'aspiration prolongée des vapeurs ou poussières irritantes, les déformations du squelette du nez, la petitesse relative des cornets, en un mot toute lésion facilitant le passage trop rapide de l'air

(1) J. Moure. *Manuel prat. des maladies des fosses nasales*, Paris 1886, p. 100.
(2) *Loc. cit.*, p. 177.

grande partie la lumière de l'orifice glottique. Le pharynx lui-même était sec et tapissé de mucosités desséchées, de couleur verdâtre, formant de véritables croûtes qui remontaient jusqu'au niveau des arrière-fosses nasales. Ces dernières ne contenaient aucune sécrétion, mais il était facile de voir, à l'atrophie considérable de la muqueuse de cette région, que la malade avait dû moucher, peu de temps auparavant, l'un de ces bouchons épais et odorants qui font le propre de cette inflammation spéciale de la membrane pituitaire. L'interrogatoire de la malade confirma du reste cette supposition. L'électricité directe eut bientôt raison de la paralysie et le pinceau des sécrétions accumulées dans l'organe vocal. Ce fait n'est du reste nullement extraordinaire, car récemment, à propos d'une communication sur la laryngite sèche, faite par le Dr Lublinski (1), M. Michael disait avoir observé un fait à peu près analogue au précédent chez une jeune fille de quinze ans.

Symptômes. — Ce que nous venons de dire sur l'affection qui nous occupe, nous dispensera d'insister longuement sur sa symptomatologie. Il existe du reste des cas légers où le sujet ne ressent aucune sorte de gêne ; un peu plus tard, alors que la maladie est plus ancienne, il se plaint de la présence d'un corps étranger à l'arrière-gorge, d'un sentiment de sécheresse qui lui fait humecter sa gorge soit avec des pastilles, soit avec un liquide quelconque. La déglutition des aliments n'est point gênée, car la mastication, en humectant la bouche, procure aux malades un soulagement passager pendant et un peu après les repas, mais la déglutition à vide est parfois un peu plus difficile, soit à cause du défaut d'élasticité de la muqueuse, soit à cause de la présence des mucosités desséchées à sa surface qui gênent les mouvements musculaires. Il existe dans quelques cas un peu de toux sèche, analogue à celle de la pharyngite granu-

(1) Berlin 1886. *Tageblatt der 59 Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.*

leuse. Toutefois, aucun de ces symptômes n'est caractéristique, et c'est à l'examen direct que l'on constate l'existence d'une muqueuse, lisse, luisante, comme vernissée dans certains points, recouverte dans d'autres, de mucosités desséchées, jaunâtres ou même brunes, surtout en arrière de la luette et du voile du palais.

L'examen avec le rhinoscope (rhinoscopie antérieure), permet aussi, avec un bon éclairage, l'inspection du pharynx nasal vu l'élargissement notable de l'une ou des fosses nasales, par suite de l'atrophie plus ou moins avancée des cornets inférieurs et moyens. Tous ces conduits offrent des traces d'accumulations analogues. Si l'on débarrasse la paroi pharyngienne des sécrétions qui la recouvrent, ce que l'on fait toujours assez difficilement on aperçoit alors une muqueuse notablement amincie, atrophiée dans toutes ses parties, et glissant difficilement sur la paroi osseuse du pharynx. Nous ne doutons pas que dans les cas avancés, il existe non seulement une atrophie notable des glandes de la muqueuse, comme l'ont noté Wendt et Bosworth, mais encore une atrophie des fibres musculaires sous-jacentes. C'est ce qui donne à cette paroi un aspect aminci, facile à reconnaître et qui indique bien qu'il s'agit d'un processus pathologique régressif analogue à celui du coryza atrophique. Chez ces malades, comme l'a dit avec raison le docteur Solis Cohen (1), le pharynx paraît plus grand qu'à l'état normal.

Pronostic. — Le pronostic n'est pas grave, mais cette affection n'en constitue pas moins un ennui sérieux pour certains malades que leur profession oblige à l'usage continuel de la parole. Si la lésion pharyngienne est très avancée, il est fort difficile de la guérir et de régénérer la muqueuse atrophiée, mais on peut dans tous les cas procurer au malade une amélioration passagère avec un traitement bien dirigé. Dans les cas récents on arrive assez facilement à faire disparaître les symptômes.

(1) Diseases of the throat and nasal passages. N.-Y. 1879, p. 199.

Traitement. — Étant donné que nous considérons la pharyngite atrophique comme étant sous la dépendance d'une affection de la muqueuse pituitaire, nous conseillerons d'abord de combattre la cause première du mal et de traiter l'ozène par les moyens habituels (irrigations antiseptiques *abondantes*, pulvérisations astringentes et antiseptiques). Une fois les fosses nasales débarrassées de leur sécrétion, l'on pourra instituer un traitement pharyngien local, qui consistera en pulvérisations, gargarismes et surtout badigeonnages. Les pulvérisations et gargarismes seront faits soit avec des eaux sulfureuses naturelles, à la source même si la chose est possible, soit avec des solutions de chlorure de zinc, d'acide phénique (au millième), ou d'iodure de potassium. Ces différents liquides seront additionnés d'une certaine quantité de glycérine qui tient plus facilement les muqueuses humides. Chaque gargarisme ou pulvérisation sera accompagné d'un badigeonnage fait au fond de la gorge avec un pinceau légèrement imbibé d'une solution légèrement excitante, dans le but de débarrasser la muqueuse des produits qui la recouvrent et aussi pour ouvrir les orifices glandulaires et activer leur sécrétion. La solution iodo-iodurée, recommandée par Mandl dans le traitement de la pharyngite granuleuse, pourra être utilement employée dans la maladie qui nous occupe. De même l'on retirera de bons effets de l'emploi de la solution suivante :

Teinture de Capsicum annuum de 0 gr. 50 à 1 gr.
Glycérine neutre............. 50 gr.

Pour badigeonnage sur le pharynx buccal et nasal.

Le traitement général par l'iodure de potassium à petites doses, par l'huile de foie de morue, pourra également être utile au malade. Les eaux minérales excitan-
s des stations pyrénéennes sont particulièrement effi-
ces pour combattre la pharyngo-rhinite atrophique,
ais il sera toujours utile de leur adjoindre une médi-
tion topique régulière et de longue durée.

3° Ce même bras horizontal possède, dans les deux tiers des cas, la même dimension que le diamètre de la glotte au repos ;

4° La longueur de la face externe de l'épiglotte représente la longueur de la glotte au repos, avec 1mm en plus;

5° La hauteur de l'angle saillant du thyréoïde et la lèvre vocale tendue ont la même dimension 7 fois sur 11, c'est-à-dire dans plus de la moitié des larynx.

Les rapports complémentaires des précédents apprennent ce qui suit :

6° Le bras horizontal du levier cricoïdien a, 6 fois sur 7, 1mm de plus que le chaton du cricoïde ;

7° Le chaton du cricoïde a, de son côté, 1mm de plus que la lèvre vocale tendue, 2 fois sur 3, et que la hauteur de l'anche 7 fois sur 11.

1. Voir [illegible] 1887.

10° Le calibre de la trachée a 1^{mm} de moins que la lèvre vocale tendue 9 fois sur 11 et 2^{mm} de moins que le calibre du cricoïde.

§ II. — *Pour le larynx de l'homme.*

1° Le ligament thyréo-cricoïdien représente la moitié de longueur de la lèvre vocale au repos, ainsi que de la hauteur de l'anche vocale;

2° L'insertion commissurale thyréoïdienne inférieure des lèvres de la glotte se trouve dans les mêmes conditions;

3° Le ligament thyréo-cricoïdien et l'insertion précédente représentent ensemble la mesure millimétrique de la lèvre vocale ou membraneuse au repos 6 fois sur 7 et celle de la hauteur de l'anche 7 fois sur 11;

4° La largeur de la face interne de l'épiglotte a 1^{mm} de plus que la longueur de la glotte au repos 7 fois sur 10;

5° La longueur de la face externe de l'épiglotte possède, à son tour, 2^{mm} de plus que la longueur de la lèvre vocale tendue 2 fois sur 3;

6° Le bras horizontal du levier cricoïdien est plus long de 2^{mm} que la lèvre vocale tendue et plus petit de 2^{mm} au contraire que le diamètre antéro-postérieur de la glotte au repos 7 fois sur 11;

7° Le diamètre thyréo-cricoïdien transverse a la même dimension que la longueur de la glotte tendue 7 fois sur 11;

8° La hauteur de l'angle saillant de la pomme d'Adam représente, à 1^{mm} près, la longueur de la lèvre vocale au repos, une fois sur deux;

9° Le bras horizontal du levier cricoïdien est l'équivalent de la longueur de la face externe de l'épiglotte 5 fois sur 6; il possède, par conséquent, 2^{mm} de plus que la lèvre membraneuse tendue et 2^{mm} de moins que la glotte au repos;

10° La hauteur de l'anche vocale est de 2^{mm} plus petite que le calibre du bocal cricoïdien 2 fois sur 3;

11° Le calibre du bocal cricoïdien a 2^{mm} de plus que la re vocale ou membraneuse au repos 2 fois sur 3 égaleent, et 2^{mm} de moins que cette même lèvre vocale à l'état tension;

12° Le diamètre de la trachée et celui du cricoïde ont les mêmes nombres de millimètres.

A cette première partie des applications de la laryngométrie, il serait nécessaire d'ajouter celles qui se rapportent aux dimensions de la glotte, au repos ou tendue, et aux variations de longueur et de capacité du tube sonore trachéal ou porte-vent d'une part, et à celles du tube résonnateur pharyngien ou porte-voix d'autre part. On posséderait ainsi tous les éléments de la théorie de la voix.

§ III. — *Conclusions.*

Les parties de l'organe de la voix susceptibles de mensurations pendant la vie sont les suivantes :

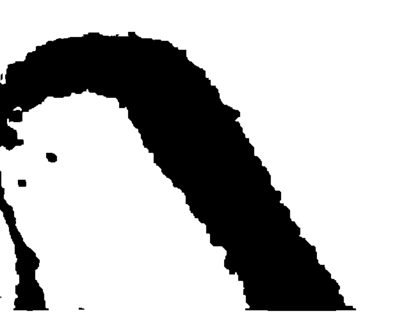
1° Hauteur de l'angle saillant du thyréoïde ou pomme d'Adam; 2° ligament ou membrane thyréo-cricoïdienne; 3° diamètres thyréo-cricoïdiens antéro-postérieurs et transverse; 4° bras horizontal du levier cricoïdien; 5° insertion commissurale thyréoïdienne inférieure; 6° hauteur de l'anche vocale; 7° longueur de la face externe; 8° largeur de la face interne de l'épiglotte.

La situation extérieure et interne de ces parties ne permet pas pour toutes une millimétrie facile. Les plus accessibles au laryngomètre comprennent la hauteur de l'angle du thyréoïde, celle du ligament thyréo-cricoïdien, les deux diamètres thyréo-cricoïdiens et le bras horizontal du levier cricoïdien.

Mettant en application les données fournies par les moyennes millimétriques, nous pouvons, dès à présent, à l'aide du laryngomètre, déterminer directement les dimensions de chacune de ces parties. Cette détermination ne présente pas de difficulté sérieuse. Mais il n'en est pas de même pour les parties situées à l'intérieur. Le miroir laryngien servira de guide pour mesurer la longueur de la face externe et la largeur de la face interne de l'épiglotte

Quant à la glotte, à la lèvre vocale et à la hauteur de l'anche vocale, les rapports millimétriques nous permettent, comme je l'ai démontré, d'en déterminer les dimensions.

Toutes ces mesures donneront aussi, soit isolément, soit



combinées entre elles, les dimensions des lèvres vocales de la glotte et leur degré d'élasticité.

L'importance de ces résultats sera bien plus considérable encore pour le physiologiste et pour l'enseignement du chant en particulier, si nous les complétons par les connaissances que nous fournit la laryngométrie :

1° Sur le développement des lèvres vocales suivant les âges et suivant le sexe ;

2° Sur les modifications de longueur et de capacité du tube sonore, dit porte-vent ;

3° Sur la capacité du soufflet pulmonaire et la puissance des agents qui le dilatent et le compriment alternativement ;

4° Sur les variations de capacité du résonnateur ou porte-voix pharyngien ;

5° Enfin sur les modifications que peut subir le pavillon buccal et bucco-nasal qui termine le porte-voix résonnateur.

Les professeurs du Conservatoire et des écoles de chant auront ainsi une base scientifique d'éducation qui supprimera bien des contradictions, des disputes et des erreurs. En un mot, les systèmes seront remplacés par une méthode vainement cherchée jusqu'à présent.

Dr Moura.

Nos d'ordre	Rapports des diverses parties de l'organe de la voix chez la femme		Nombre de larynx	Dimensions semblables	Rapports proportionnels	Dimensions normales	Moyennes des dimensions normales.
1	**Ligament thyréo-cricoïdien**	et Insertion commissurale thyréoïdienne inférieure.. . .	11	10 fois	10/11es	6 et 6 mil.	6 mil.
2	**Bras horizontal du levier cricoïdien**	et Intervalle articulaire aryténo-cricoïdien.	35	31	6/7	16 et 16	16
3	— — — —	et Diamètre inférieur ou calibre du cricoïde.	35	31	6/7	16 et 15	15,5
4	**Glotte tendue**	et Diamètre thyréo-cricoïdien antéro-postérieur	35	30	6/7	20 et 22	21
5	**Glotte au repos**	et Longueur de la face externe de l'épiglotte	58	51	6/7	16 et 17	16,5
6	**Lèvre vocale tendue**	et Calibre trachéal.	44	37	9/11	14 et 13	13,5
7	**Ligament thyréo-cricoïdien au repos**	et Face interne de l'aryténoïde tendue.	50	40	4/5	6 et 6	6
8	**Glotte au repos**	et Intervalle articulaire aryténo-cricoïdien.	58	46	11/14	16 et 16	16
9	**Diamètre inférieur du cricoïde**	et Bras vertical du levier cricoïdien.	52	42	7/9	14 et 13	13,5
10	— — —	et Hauteur oblique de l'aryténoïde.	52	40	10/13	14 et 12	13
11	**Bras vertical du levier cricoïdien**	et — — —	52	40	10/13	12 et 13	12,5
12	**Hauteur du cricoïde**	et Largeur de la face interne de l'épiglotte.	44	34	3/4	20 et 20	20
13	**Bras vertical du levier cricoïdien**	et Diamètre transverse de la trachée..	44	33	3/4	12 et 13	12,5
14	**Lèvre vocale tendue**	et — — —	44	30	5/7	14 et 13	13,5
15	— —	et Bras horizontal du levier cricoïdien.	35	26	5/7	14 et 16	15
16	**Diamètres thyréo-cricoïdien antéro-postérieur et transverse.**.		35	26	5/7	22 et 22	22
17	**Glotte tendue**	et Largeur de la face interne de l'épiglotte.	58	43	7/10	20 et 20	20
18	**Ligament thyréo-cricoïdien tendu**	et Hauteur verticale de l'aryténoïde.	50	36	9/13	10 et 11	10,5
19	**Lèvre vocale tendue**	et Calibre du cricoïde.	52	34	2/3	14 et 14	14
20	**Diamètre supérieur du cricoïde**	et Longueur de l'épiglotte.	52	34	2/3	26 et 24	25
21	**Glotte au repos**	et Bras horizontal du levier cricoïdien.	35	22	2/3	16 et 16	16
22	**Lèvre vocale tendue**	et Hauteur de l'angle saillant du tyréoïde.	11	7	7/11	14 et 14	14
23	**Hauteur de l'anche vocale**	et Calibre du cricoïde.	11	7	7/11	13 et 14	13,5
24	**Lèvre vocale au repos**	et Hauteur oblique de l'aryténoïde.	44	26	3/5	11,5 et 12,5	11,5
25	— —	et Diamètre transverse de la trachée	44	26	3/5	11,5 et 13,5	12,5
26	**Glotte tendue**	et Hauteur du cricoïde.	44	25	6/11	20 et 20	20
27	**Lèvre vocale au repos**	et Bras vertical du levier cricoïdien.	52	30	7/13	11,5 et 12	11,5
28	**Glotte tendue**	et Diamètre thyréo-cricoïdien transverse ou axe vocal.	52	28	7/13	20 et 22	21
29	**Diamètre inférieur du cricoïde**	et Intervalle articulaire aryténo-cricoïdien..	52	29	7/13	14 et 16	15
30	— supérieur —	et Diamètre thyréo-cricoïdien transverse..	52	29	7/13	24 et 22	23
31	**Lèvre vocale tendue**	et Longueur de la face externe de l'épiglotte.	58	31	8/15	14 et 17	15,5

Nos D'ORDRE	RAPPORTS DES DIVERSES PARTIES DE L'ORGANE DE LA VOIX CHEZ L'HOMME		NOMBRE de LARYNX	DIMENSIONS semblables	RAPPORTS proportionnels	DIMENSIONS NORMALES	MOYENNES des dimensions normales.
2	Longueur de la face externe de l'épiglotte et Bras horizontal du levier cricoïdien.		90	76 fois.	5/6es	21 et 21 mil.	21 mil.
1	Ligament thyréo-cricoïdien au repos	et Insertion commissurale thyréoïdienne inférieure . . .	33	26	6/7	8 et 8	8
3	— — —	et Face interne de l'aryténoïde tendu.	90	73	4/5	8 et 7	7,5
4	Bras vertical du levier cricoïdien	et Hauteur oblique de l'aryténoïde.	90	73	4/5	18 et 16	17
5	Lèvre vocale au repos	et — — —	90	70	7/9	16 et 16	16
6	Largeur de la face interne de l'épiglotte et Hauteur du cricoïde.		90	69	7/9	21 et 24	22,5
7	Lèvre vocale au repos	et Bras vertical du levier cricoïdien	90	67	3/4	16 et 16	16
8	Diamètres thyréo-cricoïdiens antéro-postérieur et transverse.		90	65	3/4	28 et 27	27,5
9	Bras horizontal du levier cricoïdien	et Intervalle articulaire aryténo-cricoïdien	90	63	7/10	21 et 20	20,5
10	Glotte au repos	et Largeur de la face interne de l'épiglotte	90	63	7/10	23 et 24	23,5
11	Diamètre oblique ou supérieur du cricoïde et Longueur de l'épiglotte.		90	62	7/10	33 et 31	32
12	Hauteur de l'anche vocale	et Calibre du cricoïde	33	23	2/3	16 et 18	17
13	Diamètre inférieur du cricoïde	et Hauteur oblique de l'aryténoïde	90	59	2/3	16 et 18	17
14	Hauteur du thyréoïde	et — — —	33	22	2/3	16 et 17	16,5
15	Glotte tendue	et Diamètre thyréo-cricoïdien antéro-postérieur	90	61	2/3	27 et 28	27,5
16	Lèvre vocale tendue	et Longueur de la face externe de l'épiglotte	90	59	2/3	19 et 21	20
17	— —	et Diamètre inférieur ou calibre du cricoïde	90	58	2/3	19 et 18	18,5
18	Hauteur de l'anche vocale	et Lèvre vocale au repos	33	20	7/11	16 et 16	16
19	Glotte tendue	et Diamètre thyréo-cricoïdien transverse.	90	57	7/11	27 et 27	27
20	Glotte au repos	et Bras horizontal du levier cricoïdien.	90	57	7/11	23 et 21	22
21	Lèvre vocale tendue	et — —	90	56	7/11	19 et 21	20
22	Diamètre inférieur ou calibre du cricoïde et Bras vertical du levier cricoïdien.		90	56	7/11	21 et 16	18,5
23	Calibre du cricoïde	et Diamètre transverse de la trachée.	90	56	7/11	18 et 19	18
24	Lèvre vocale au repos	et Diamètre transverse de la trachée.	90	55	3/5	16 et 18	17
25	— —	et Calibre du cricoïde.	90	54	3/5	16 et 18	17
26	Bras vertical du levier cricoïdien	et Diamètre transverse de la trachée	90	54	3/5	18 et 16	17
27	Glotte au repos	et Largeur de la face interne de l'épiglotte	90	54	3/5	23 et 24	23,5
28	Ligament thyréo-cricoïdien tendu	et Hauteur verticale de l'aryténoïde.	90	54	3/5	12 et 15	13,5
29	Lèvre vocale tendue	et Diamètre transverse de la trachée.	90	53	3/5	19 et 18	18,5
30	Glotte au repos	et Longueur de la face externe de l'épiglotte.	90	52	4/7	23 et 21	22
31	— —	et Hauteur du cricoïde	90	51	5/9	23 et 24	23,5

Dimensions rangées par ordre de similitude et d'identité comparée. Dimension commune à chaque groupe.	CHEZ LA FEMME		CHEZ L'HOMME	
1 Aryténoïde au repos, face interne	5 mil.	6 mil.	7 mil.	8 mil.
2 — tendu —	6		8	
3 Insertion commissurale thyréoïdienne inférieure	6		8	
4 Ligament thyréo-cricoïdien au repos	6,5		8	
5 Insertion commissurale thyréoïdienne supérieure	7,5		9	
6 Ligament thyréo-cricoïdien tendu	10	11	12	
7 Aryténoïde : hauteur verticale	11		15	15,5
8 Lèvre vocale ou membraneuse au repos	11,5		16	
9 Trachée : diamètre antéro-postérieur	13,5	13	18	18
10 — — transverse	13		18	
11 Aryténoïde : hauteur oblique	13		17	17
12 Bras vertical du levier cricoïdien	13		16	
13 Anche vocale : hauteur	13		16	
14 Thyréoïde : hauteur de l'angle saillant	13,5		17	
15 Calibre du cricoïde	14	14	18	
16 Lèvre vocale tendue	14		20	20,5
17 Bras horizontal du levier cricoïdien	16	16,5	21	
18 Glotte au repos	16		23	
19 Intervalle articulaire aryténo-cricoïdien	16		20	20
20 Epiglotte : longueur de sa face externe	17		20	
21 — largeur de sa face interne	20	20	24	
22 Glotte tendue	20		27	
23 Cricoïde : hauteur	20		24	
24 Diamètre thyréo-cricoïdien antéro-postérieur	22	22	28	27,5
25 — — transverse ou axe vocal	22		27	
26 Cricoïde : diamètre supérieur oblique	24	25	31	
27 Epiglotte : longueur de sa face interne	26		33	

Dimensions rangées par ordre de similitude et d'identité. Dimension commune à chaque groupe.	CHEZ L'HOMME	
1 Aryténoïde au repos, face interne	7 mill.	
2 Aryténoïde tendu —	8	
3 Insertion commissurale thyréoïdienne inférieure	8	8 mill.
4 Ligament thyréo-cricoïdien au repos	8,5	
5 Insertion commissurale thyréoïdienne supérieure	9	
6 Ligament thyréo-cricoïdien tendu	12	
7 Aryténoïde : hauteur verticale	15	
8 Lèvre vocale au repos	16	
9 Bras vertical du levier cricoïdien	16	16
10 Anche vocale : hauteur	16	
11 Aryténoïde : hauteur oblique	17	17
12 Thyréoïde : hauteur de l'angle saillant	17	
13 Trachée : diamètre antéro-postérieur	18	
14 — — transverse	18	18
15 Calibre du cricoïde	18	
16 Lèvre vocale tendue	20	
17 Intervalle articulaire aryténo-cricoïdien	20	20
18 Epiglotte : longueur de sa face externe	20	
19 Bras horizontal du levier cricoïdien	21	
20 Glotte au repos	23	
21 Epiglotte : largeur de sa face interne	24	24
22 Cricoïde : hauteur	24	
23 Glotte tendue	27	
24 Diamètre thyréo-cricoïdien transverse ou axe vocal	27	27,5
25 — — antéro-postérieur	28	
[illegible] Cricoïde : diamètre supérieur oblique	31	32
[illegible] Epiglotte : longueur de la face interne	33	



sont étudiés le milieu oratoire, la forme, les dimensions, l'acoustique du milieu où on parle.

Passant au second chapitre, nous y voyons énumérées les différentes attitudes de l'orateur. Elles varieront suivant que l'orateur parlera debout ou assis, suivant qu'il parlera de sa place ou montera à la tribune.

Dans la troisième et dernière partie, trois chapitres sont consacrés au jour où l'on parle en public.

L'improvisation, la façon de lire, de parler ou de réciter un discours, le régime ordinaire de l'orateur, ses habitudes, ses manies sont aussi consignés dans ce chapitre. L'orateur, pendant qu'il parle, doit d'un coup d'œil juger la salle, le milieu, ses qualités, ses défauts. Il doit bien poser sa voix, surveiller son attitude, calculer ses efforts d'après le temps qu'il a à parler. L'auteur passe aussi en revue ce qu'il appelle les adjuvants de la voix : les boissons en usage chez les orateurs anciens et chez les modernes. Enfin, après avoir parlé, l'orateur aura besoin de calme, de repos et de silence. Il serait même nécessaire d'avoir une pièce destinée à placer la personne qui vient de parler; elle pourrait là, tout en se reposant, reprendre peu à peu le calme et la tranquillité.

M. Natier.

Étude sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal, par le Dr J. Collet.

L'auteur aborde son sujet par un aperçu de l'anatomie normale de la région et expose sommairement la topographie du pharynx nasal. Il en définit le rôle physiologique. Vient ensuite une description détaillée du tissu qui occupe la voûte du pharynx.

M. Collet rappelle que les tumeurs adénoïdes du pharynx, divisées par Meyer en tumeurs *sessiles* et en tumeurs *pédiculées* peuvent occuper ou la partie centrale du pharynx ou [illegible] parties latérales. Dans le premier cas, elles produisent [illegible]tôt des symptômes respiratoires et dans le second, au con[illegible]ire, des symptômes auriculaires.

Vient ensuite un exposé des symptômes fonctionnels occasionnés par ces néoplasmes.

Pour un observateur attentif, l'ouverture de la bouche, la physionomie, la prononciation vicieuse sont des signes pathognomoniques. Mais souvent il sera besoin de pratiquer un examen plus approfondi et on aura alors recours aux procédés d'investigation plus minutieux : *rhinoscopie antérieure*, *rhinoscopie postérieure*, *palpation* et *auscultation*, ce dernier récemment indiqué par Grancher.

Quant au diagnostic différentiel, on devra le faire avec l'*hypertrophie des amygdales*, le *coryza chronique*, les *papillomes des cornets*, les *polypes du nez* et du *pharynx nasal*, enfin l'étroitesse *congénitale des fosses nasales*.

Le pronostic peut devenir très grave si on n'intervient à temps, par un traitement approprié. On pourra faire disparaître les tumeurs adénoïdes ou bien par un *traitement médical*, ou bien par la *cautérisation*, ou enfin par l'*ablation*. M. Collet passe en revue ces différentes méthodes.

Les végétations enlevées on peut avoir à compter avec certaines complications telles que la *pharyngite*, l'*otite* et la persistance de la *respiration buccale*, qui feront alors l'objet d'un traitement ultérieur.

M. Collet termine son travail en relatant neuf observations de végétations adénoïdes empruntées à M. Garel, médecin des hôpitaux de Lyon. Citons enfin un index bibliographique de deux pages.

M. N.

Étude sur la phtisie laryngée. Recherches cliniques,
par le Dr G. de Lamallerée (1).

Maladie fréquente, la phtisie laryngée, se rencontrerait d'après les relevés statistiques de l'auteur dans 44,22 0/0 des cas de phtisie pulmonaire. Elle s'observe plus souvent dans la phtisie pulmonaire héréditaire que dans n'importe quel autre cas. Elle atteint son maximnm de fréquence chez l'homme de trente à quarante ans et chez la femme de vingt à trente ans. Dans la majorité des cas, le début de la laryn-

(1) F. Marion, imprimeur-éditeur, Grande-Rue, Gannat, 1886.

gite est sans cause bien tranchée; son apparition a lieu d'ordinaire dans le cours de la tuberculose du poumon (60,3 0/0), ensuite, on voit les deux affections se montrer simultanément (26,1 0/0); le larynx peut être envahi le premier (13,06 0/0); enfin cet organe peut être pris seul. La phtisie laryngée et la phtisie pulmonaire peuvent évoluer séparément et celle-là n'est pas due à l'inoculation du principe tuberculeux provenant de celle-ci.

La marche de la phtisie laryngée est entièrement subordonnée à l'état pulmonaire; elle peut quand elle est primitive revêtir une forme chronique avec rémissions de durée plus ou moins longue.

L'auteur passe en revue les symptômes de l'affection généraux et locaux.

L'emploi du laryngoscope permet d'établir si l'on se trouve en présence d'une laryngite tuberculeuse et d'en déterminer la forme. Suit une étude sur le diagnostic différentiel de la tuberculose laryngée, la laryngite simple et la syphilis de l'organe vocal, etc.

Le diagnostic avec l'aphonie nerveuse est parfois très difficile et on devra dans ce cas essayer de quelques séances d'électricité qui auront raison de l'aphonie nerveuse, mais pas toujours cependant. L'aphonie survenant par épuisement à la fin de la phtisie, ne saurait entrer en ligne de compte, car l'existence de signes concomitants empêchera toute espèce de confusion.

Le traitement général de la phtisie laryngée, n'est autre que celui de la tuberculose; quant au traitement local, il varie suivant la période de la maladie. Dans une première catégorie, on peut placer les moyens préventifs qui sont exclusivement du domaine de l'hygiène du larynx; une seconde comprendra : le traitement purement local pratiqué à l'aide des applications directes et *loco dolenti*.

cette étude est annexé un tableau de 502 observations de ısie pulmonaire sur lesquelles l'auteur note 222 cas de isie laryngée. M. NATIER.

Des cornets acoustiques et de leur emploi dans le traitement médidal de la surdi-mutité,

par le Dr J.-A.-A. Rattel (1).

Après un aperçu historique de la question, l'auteur consacre quelques lignes à la réfutation de cette opinion de Trœltsch : « Jusqu'à présent les hommes qui se sont occupés de la construction des cornets acoustiques ne connaissaient ni la physique, ni la physiologie. C'est pour cette raison que l'acoustique n'a pas fourni pour les maladies de l'oreille les secours que l'optique a fournis pour les troubles de la vision. *Les lunettes pour les oreilles restent à découvrir.* »

L'ouïe et la vue sont des sens absolument distincts; ils ne peuvent au même titre retirer d'appareils empruntés à la physique les mêmes bénéfices.

Le chapitre qui suit cette introduction est consacré à la classification, la description et les indications des cornets acoustiques. L'auteur adopte la division de Toynbee en trois classes de cornets et lui adjoint une quatrième classe.

1° Cornets qui tiennent seuls dans l'oreille ou autour de l'oreille sans l'aide de la main; 2° Cornets tenus à la main par le malade; 3° Cornets dont une extrémité est placée dans l'oreille malade et l'autre tenue à la main par l'interlocuteur; 4° Dans la quatrième classe l'auteur décrit les *appareils acoustiques* divers dont le but est de parer à la surdité autrement qu'en utilisant un tube creux chargé de renforcer et de conduire les sons.

Vient ensuite la description des différents cornets et des appareils acoustiques. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans cette voie, arrêtons-nous à l'étude des indications de ces divers instruments.

Ils sont indiqués dans toute maladie de l'oreille externe ou moyenne dans lesquelles le traitement est impuissant. Dans les maladies de l'oreille interne ils sont absolument inutiles.

Le second chapitre est consacré aux applications des cornets acoustiques dans le traitement médical de la surdi-mutité.

(1) Paris, J.-B. Baillère, 1886.

Les sourds-muets accidentels sont beaucoup plus nombreux que les sourds-muets congénitaux. Chez eux il reste souvent un degré d'audition plus ou moins considérable. Le cornet acoustique pourrait servir à développer le peu d'audition qui reste. C'est Toynbee qui le premier a eu cette idée et l'auteur rapporte les curieuses observations sur lesquelles Toynbee s'est basé pour admettre ce fait important que par les cornets acoustiques on peut espérer non pas la guérison de la surdi-mutité, mais une amélioration considérable de l'exercice de l'oreille. M. Rattel termine par une dernière observation de M. H. Currier de New-York analogue à celle de Toynbee et engage vivement les professeurs de sourds-muets à faire usage des cornets acoustiques dans leur enseignement

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLE.

Formations kystiques du pavillon (*Cyst-formation in the Auricle*), par le Dr Arthur HARTMANN, de Berlin.

L'auteur rapporte deux cas de formations kystiques du pavillon récemment observés par lui. Il estime que les cas rapportés jusqu'à ce jour ont été improprement décrits comme des hématomes. Si l'on compare les points caractéristiques qui différencient les hématomes des kystes l'on s'aperçoit facilement que les deux affections sont parfaitement distinctes.

	OTHÉMATOMES.	KYSTES.
Age	Apparaît à un âge avancé.	Age mûr.
Constitution	Se produit chez les sujets cachectiques et les fous.	Affectent des individus robustes, pleins de santé.
Etiologie	Est presque exclusivement le résultat du traumatisme.	Causes déterminantes sont inconnues.
Mode de développement	La tumeur apparaît subitement.	Se développe graduellement.
ſmptômes	Inflammation, douleur.	Ni inflammation, ni douleur.
ntenu	Sang.	
de de guérison	Déformation du pavillon.	Sans déformation.

Entre le kyste et la périchondrite il existe cette différence que tandis que les phénomènes inflammatoires font défaut dans les kystes, dans les cas de périchondrite il existe de la rougeur, de la chaleur et des douleurs vives de la région. Le contenu de la tumeur dans la périchondrite est souvent le même que dans les cas de kystes; généralement, toutefois, le liquide n'est pas limpide, affecte un caractère purulent qui provient du mélange de globules de pus.

Hartmann donne une liste de onze cas rapportés par différents auteurs et qu'il considère comme des cas de kystes; il résulte de cette liste que les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes; on n'a rapporté aucun cas de kyste chez ces dernières. La plupart des malades étaient dans la force de l'âge. On en compte un à quatorze ans, trois entre vingt et trente, six entre trente et quarante, et un seulement entre quarante et cinquante. Sur ces onze cas, huit fois le kyste s'est développé à gauche et trois fois à droite. Dans tous ces cas on ne peut découvrir la moindre trace de traumatisme ni aucun signe d'affection mentale. Dans six cas le contenu de la tumeur était limpide et séreux; dans un cas le liquide était jaunâtre et légèrement teinté de sang; dans un autre c'était du serum sanguin; dans un dernier cas on ne fit point d'incision.

Dans quatre de ces cas la tumeur fut traitée par le massage et les bandages compressifs, cinq fois par une incision, deux fois la guérison survint spontanément. De l'étude de ces onze cas, il semble résulter que le massage amène la guérison à peu près dans le même espace de temps que l'incision. D'autre part le massage exige beaucoup plus de soins.

Hartmann recommande l'incision et le drainage consécutif, il ne croit pas nécessaire l'emploi d'un bandage compressif. La plaie doit être tenue aseptique le plus possible afin d'éviter toute réaction inflammatoire. Il peut se produire facilement une suffusion sanguine dans des poches kystiques, la présence du sang ne suffit donc pas pour donner à la tumeur le nom d'hématome (*Arch. of Otolog.*, juin-septembre 1886).

Dr Gorham-Bacon.



Un cas d'épithélioma du pavillon. *(A case of epithelioma of the Auricle)*, par le Dr THOMAS B. POOLEY.

Le malade, âgé de quarante-deux ans, pâle et amaigri, vient consulter le Dr Pooley le 15 décembre 1884, et lui raconte son histoire de la façon suivante. Sa mère est morte en 1867 d'un cancer du sein, à l'âge de soixante-sept ans. Cinq ans plus tard, son père atteint d'un épithélioma du nez fut opéré et guérit sans récidive. Chez ce malade, la tumeur est située sur l'anthelix et couverte à la surface d'une croûte écailleuse facile à enlever et laisse à découvert une perte de substance superficielle, et au centre une ulcération à bords déchirés. La tumeur mesure 1/2 sur 3/8 de pouce. Son bord externe, du côté de l'hélix, présente une éminence nodulaire du volume d'un pois. Il existe aussi plusieurs petits nodules du côté du lobule et au-dessous du bord de la tumeur. Les glandes sous-maxillaires sont hypertrophiées.

Le malade affirme que la maladie a commencé à paraître cinq ans auparavant, par des petites croûtes faciles à enlever et laissant au dessous d'elles une surface lisse. La douleur légère au début augmente graduellement.

Avant d'opérer, l'auteur enserre le champ de la tumeur tout entier à l'aide des pinces à entropions de Knapp et fait sur le bord supérieur de la tumeur, une injection de quelques gouttes de solution de cocaïne à 4 0/0 à l'aide de la seringue hypodermique. Il circonscrit ensuite le néoplasme dans une incision elleptique en ayant soin de se tenir bien exactement sur la partie saine de la peau, et l'en détache du cartilage par une dissection minutieuse. La tumeur enlevée, le cartilage étant un peu ramolli, fut raclé à la cuillère tranchante. Suture. Pansement compressif.

L'opération ne fut en aucune façon douloureuse, excepté lors de l'application des sutures, il y eut une légère réaction accompagnée d'un gonflement considérable de l'oreille qui parut rapidement. La plaie guérit rapidement. L'examen la tumeur au microscope montre qu'il s'agissait d'un thélioma.

Le malade opéré depuis deux ans a été revu par l'auteur,

























QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA RHINITE ATROPHIQUE

par M. le Dr NOQUET, de Lille (1),

Mon intention n'est pas de faire l'histoire complète de la rhinite atrophique, ni de passer en revue tous les travaux de mes devanciers. Il serait, du reste, bien superflu de se donner cette peine devant l'auditoire en face duquel j'ai l'honneur de parler.

Je me suis attaché, depuis un peu plus d'un an, à noter avec soin les particularités présentées par les cas qu'il m'a été donné de suivre pendant un laps de temps suffisant. Aujourd'hui, je vous demande la permission de vous exposer le plus succinctement possible, les constatations faites et les résultats obtenus. En somme, les auteurs sont loin d'être d'accord sur la nature et le pronostic de la rhinite atrophique. C'est là surtout ce qui m'a permis de penser que ma modeste contribution pourrait n'être pas tout à fait inutile.

Les malades que j'ai observés d'une manière satisfaisante, sont au nombre de 13 et se décomposent comme suit : 2 du sexe masculin, 11 du sexe féminin. Dans le sexe masculin, l'un des sujets avait vingt ans, l'autre dix-neuf ans. Dans le sexe féminin, les âges étaient cinquante-cinq, quarante, trente-trois, trente-deux, trente, vingt-cinq, dix-huit, quinze, douze, onze et dix ans. Je dois dire de suite que ces malades, comme d'ailleurs la plupart de ceux que j'ai pu voir antérieurement ne présentaient aucune trace bien évidente de scrofule, cette diathèse assez mal définie, qui a perdu beaucoup de terrain, depuis la découverte du bacille de la tuberculose. Quelques-uns étaient peut-être légèrement lymphatiques, mais, par contre, plusieurs paraissaient vigoureusement constitués.

La syphilis était absente dans tous les cas. Quand il m'a été possible de me livrer à une enquête fructueuse

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 15 avril 1887.

sur les antécédents héréditaires, j'ai constaté que les ascendants étaient indemnes. J'ai pu examiner les frères et sœurs assez nombreux de deux de mes jeunes malades. Leur membrane pituitaire et leurs cornets inférieurs paraissaient normaux.

Quelques auteurs, et particulièrement Zaufal, insistent sur une forme spéciale du nez qui se rencontrerait chez les sujets atteints de rhinite atrophique et qui est dessinée dans l'ouvrage de M. Moure (1). Le nez, par suite de l'enfoncement des os propres au-dessous du frontal, ressemblerait, en quelque sorte, à une selle. Sa pointe serait relevée et les narines regarderaient en avant. J'avoue, pour mon compte, n'avoir rencontré cette forme, et encore assez peu accentuée que chez une seule de mes malades, celle de seize ans. Aussi ai-je tendance à croire qu'elle n'a pas, au point de vue de l'étiologie, une bien grande importance.

En somme, d'après mes observations, la rhinite atrophique peut se montrer chez des sujets bien constitués, vigoureux, indemnes de toute diathèse, sans antécédents héréditaires et n'offrant rien de particulier quant à l'aspect du nez. J'ajouterai même, puisque je parle de diathèse, qu'ayant eu l'occasion de donner mes soins à un assez grand nombre de syphilitiques héréditaires, présentant la triade d'Hutchinson, j'ai presque constamment rencontré chez eux, un coryza chronique, avec sécrétion abondante des mucosités. Mais ces mucosités étaient fluides et ne produisaient aucune odeur gênante.

La muqueuse des fosses nasales était hypertrophiée et non atrophiée au niveau des cornets inférieurs. J'observe, actuellement, une petite fille de huit ans, atteinte d'otite moyenne simple et de kératite interstitielle. Ces accidents ne paraissent pas devoir être rattachés à la syphilis, mais bien à une sorte de débilité générale, à la scrofule si l'on

(1) E. J. Moure, *Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne.* Paris, 1886, p. 98.

veut. Eh bien, chez cette enfant, il existe un catarrhe chronique des fosses nasales et de l'arrière-cavité, tout à fait semblable à celui dont je viens de parler.

Si j'arrive aux symptômes offerts par mes treize malades, je ferai une première remarque. L'odeur fétide, la punaisie était surtout très prononcée chez les jeunes, chez ceux n'ayant pas vingt ans. Au delà de cet âge, elle était moins intense, moins désagréable. L'examen rhinoscopique expliquait cette différence. Les fosses nasales et l'arrière-cavité des jeunes sujets étaient encombrées, remplies de croûtes épaisses. Celles des sujets plus âgés, qui n'avaient cependant été jusque-là soumis à aucun traitement et dont l'affection, d'après eux, avait débuté dans l'enfance, l'étaient moins. Les mucosités desséchées tapissaient les parois sans remplir toute la cavité. Et cependant, l'atrophie de la muqueuse était ici à son maximum. Le cornet inférieur ne formait, pour ainsi dire, qu'une simple bandelette, le moyen était diminué de volume.

On apercevait le rebord supérieur des choanes, l'ouverture des trompes, la face supérieure du voile du palais, et, sur une large étendue, la paroi postérieure du pharynx nasal. Les sujets au dessous de vingt ans ne présentaient pas un degré d'atrophie aussi marqué. Le cornet moyen avait son volume presque normal. Le cornet inférieur, tout en étant aplati, conservait encore un certain relief, et la paroi postérieure du pharynx nasal n'était pas visible sur aussi grande étendue. J'ajoute immédiatement que, dans aucun des cas, la muqueuse ne présentait d'ulcérations.

Presque tous les auteurs, depuis Trousseau, ont signalé ce fait que la rhinite atrophique a de la tendance à guérir spontanément avec l'âge. Si j'en crois les constatations que je viens d'exposer, le processus atrophique fait son chemin petit à petit, progresse lentement et il doit arriver un moment où la muqueuse étant réduite à sa plus simple expression, sécrète en moins grande abondance. De là, une notable diminution de la punaisie. Mais cette

manière de voir est en contradiction avec l'hypothèse de Zaufal, qui admet une atrophie congénitale du cornet inférieur, et avec celle de Calmettes et Martin qui croient plutôt à un arrêt de développement de ce même cornet. J'opposerai, du reste, tout à l'heure, à ces théories, un argument qui me paraît plus décisif.

Il est une seconde remarque que je tiens à faire et qui a son importance au point de vue de l'otologie. Parmi mes treize malades, tous ceux ayant plus de vingt ans étaient venus me consulter pour des troubles de l'ouïe, et ne s'occupaient guère de leur ozène qu'il considéraient du reste comme incurable. Ils étaient atteints d'otite moyenne chronique simple, et chose digne d'être notée, cette affection était d'autant plus intense que l'âge était plus avancé. Au début. l'insufflation d'air réussissait difficilement chez ces malades, parce que le pavillon de la trompe était obstrué par des mucosités desséchées et fétides, que l'on ramenait au dehors avec le cathéter. Au contraire, parmi les sujets ayant moins de vingt ans, seule la jeune fille de quinze ans, fut dans le cours du traitement, atteinte d'une légère poussée d'otite moyenne subaiguë simple, qui guérit facilement, sous l'influence des moyens appropriés. Les autres avaient l'organe auditif complètement normal.

Il semble donc que le processus pathologique chemine peu à peu vers les trompes et vers l'oreille moyenne.

La troisième remarque a trait à l'arrière-cavité des fosses nasales et au pharynx proprement dit. L'arrière-cavité des malades au-dessous de vingt ans était encombrée de mucosités épaisses, desséchées, laissant cependant assez libres les parties latérales, et notamment l'ouverture des trompes. Chez les autres, les parois étaient simplement tapissées de croûtes adhérentes. De plus, ces mucosités et ces croûtes envahissaient un peu le pharynx buccal, s'accumulant surtout à la hauteur du bord libre du voile du palais et de la luette, et ne formant plus bas qu'une sorte d'enduit vernissé. Sous cet

enduit, la muqueuse des sujets jeunes, encore au début de l'affection, était rouge, un peu hypertrophiée, présentait une surface légèrement irrégulière et saignait facilement. Celle des sujets au-dessus de vingt ans était un peu pâle et sensiblement amincie.

L'amincissement de la muqueuse et l'enduit vernissé constituent la pharyngite sèche, qui n'est le plus souvent, comme vient de le signaler M. Moure, dans un article récent, qu'une conséquence de la rhinite atrophique. L'affection suit dans le pharynx la même marche que dans les fosses nasales.

Il faut tenir compte des mucosités situées à la hauteur du bord libre du voile du palais. La douche naso-pharyngienne ne parvient pas à les balayer, parce que le voile se relève pendant le passage du liquide et, si on ne les détache pas de temps en temps par un badigeonnage vigoureux, elles entretiennent la mauvaise odeur.

Presque tous les auteurs croient qu'on ne parvient qu'à pallier la rhinite atrophique (Zaufal, Calmettes, Martin, Mulhall, Michel, Irhukelx, Semon, Morell-Mackensie, de Campos Salles, etc.).

Pour moi, me basant sur plusieurs faits antérieurs à ceux-ci et sur quelques-uns de la série actuelle, j'ai, comme M. Moure, acquis la conviction qu'un traitement bien dirigé, suivi ponctuellement et longtemps, peut amener la guérison complète.

La première indication, celle dont parlent tous les auteurs (Cozzolino, Zaufal, Hartmann, Michel, Calmettes, Martin, Gottstein, Massei, etc.) consiste à chasser les croûtes fétides contenues dans le nez. Le moyen recommandé est la douche naso-pharyngienne pratiquée soit avec la seringue anglaise, soit avec le siphon de Weber, soit avec l'irrigateur.

Voici la méthode à laquelle je me suis arrêté, méthode qui ressemble beaucoup à celle de M. Moure. Je conseille au malade de pratiquer deux fois par jour une douche naso-pharyngienne, en employant de préférence le

siphon de Weber, avec toutes les précautions usitées. Un litre d'eau tiède, dans lequel on a dissous une cuillerée à bouche de chlorate de potasse (Michel), doit passer, chaque fois, dans les fosses nasales. Après cette douche, le malade fait, par chaque narine, une pulvérisation tiède avec la solution suivante :

Hydrate de chloral...........	0 gr. 50.
Acide borique...............	6 —
Glycérine pure..............	10 —
Eau dist. de laurier-cerise.....	20 —
Eau distillée.................	200 —

L'embout du pulvérisateur est dirigé d'abord horizontalement pour atteindre l'arrière-cavité, puis un peu dans tous les sens, mais sans trop insister toutefois, quand on lance le jet vers le haut. Je recommande au malade de continuer la pulvérisation jusqu'à ce qu'il éprouve le besoin de cracher et de tousser. Dans le milieu de la journée, et sans douche préalable, il pratique une autre pulvérisation, avec de l'eau contenant du vinaigre antiseptique (une cuillerée à café pour 200 gr. d'eau environ). Après huit jours, je remplace le chlorate de potasse par l'acide phénique, en m'arrangeant de façon à ce que chaque litre d'eau contienne environ 2 gr. d'acide. J'alterne ainsi régulièrement entre les deux substances. De plus, je badigeonne moi-même, deux ou trois fois par semaine, trois fois au début, et, dans les cas intenses, la muqueuse de l'arrière-cavité et celle des fosses nasales avec une solution de chlorure de zinc à 20/100. On obtient une solution limpide en faisant ajouter à l'eau une petite quantité d'acide chlorhydrique. Je me sers, pour le pharynx nasal, d'un porte-ouate courbé en S allongé, et, pour les fosses nasales, du porte-ouate coudé ordinaire. Il est bon d'avoir recours à l'ouate hygroscopique. Je me permets d'insister un peu sur ce moyen, parce que je ne l'ai vu indiqué nulle part. On parvient à enlever, de cette façon, les mucosités situées à la hauteur du bord libre

du voile du palais, et qui, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, échappent à l'action de la douche naso-pharyngienne. Il m'a semblé que le chlorure de zinc était plus actif que le nitrate d'argent. Enfin, quand certains points de la muqueuse restent rouges, saillants, un peu hypertrophiés, je les touche avec le galvano-cautère. Je n'ai eu à intervenir ainsi que chez les jeunes sujets, et surtout à la partie inférieure du pharynx nasal.

L'ensemble du traitement amène très rapidement un soulagement marqué La fétidité disparaît, mais il ne faut pas se relâcher et continuer même quand la guérison semble bien assurée et qu'il n'y a plus de sécrétion. On peut toutefois, après trois mois, apporter le plus souvent, un certain adoucissement au traitement, en ne faisant qu'une douche et une pulvérisation par jour Quant aux badigeonnages avec le chlorure de zinc, j'ai l'habitude de les espacer de huit jours après le premier mois, et les cesse presque toujours, à la fin du quatrième mois.

J'ai eu la satisfaction de constater, chez trois de mes malades, le jeune homme de dix-neuf ans, la jeune fille de quinze ans et l'enfant de douze ans, une régénération très marquée des parties atrophiées. Le cornet inférieur, et j'ai pu m'en assurer, il y a quelques jours encore, a repris dans ces trois cas, un volume normal. Moins accentuée chez les autres malades au-dessous de vingt ans, cette régénération est cependant aussi assez évidente. Du reste, deux de ces malades, l'enfant de onze ans et celle de dix ans, n'ont été badigeonnées que très irrégulièrement.

Quant aux sujets plus âgés, la régénération chez eux a été insignifiante, bien que le traitement pour quelques-uns ait duré plus d'une année. L'atrophie est, sans doute, trop ancienne, trop prononcée, et surtout le cornet lui-même a trop complètement diminué de volume. La sécrétion est devenue moins abondante et s'est même tarie assez rapidement ; mais la muqueuse est restée à peu près ce qu'elle était avant.

Je fais, toutefois, une exception pour la malade de quarante ans que j'ai examinée, il y a quelques jours encore, et dont le cornet inférieur gauche forme maintenant, après six mois de traitement, une saillie très appréciable.

Je rappelle que M. Moure croit aussi s'être trouvé en présence de cas où la régénération s'est faite. Il s'exprime ainsi, dans son manuel (p. 106) : « Bien plus, et j'avoue que je n'oserais encore soutenir cette thèse, les cavités du nez très larges et spacieuses au début m'ont semblé reprendre, peu à peu, leur volume normal, par une sorte de régénération des parties atrophiées. — Je le répète, je n'avoue le fait que sous la réserve la plus expresse, ayant l'intention de revenir, un peu plus tard, sur ce sujet si digne d'intérêt, lorsqu'une observation plus longue m'aura permis de confirmer ce fait ou, au contraire, de reconnaître l'erreur d'une assertion un peu hasardée peut-être. »

C'est après deux ou trois mois de traitement que, dans les cas dont j'ai parlé, la régénération a commencé à se faire. La jeune fille de quinze ans s'est soignée depuis le commencement de janvier 1886 jusqu'à la fin de décembre, l'enfant de douze ans, depuis la fin de janvier 1886 jusqu'au commencement de mars 1887. Ces deux malades me paraissent complètement guéries. Je les ai engagées cependant à venir se faire examiner de temps en temps pour parer à toute éventualité.

Le jeune homme de dix-neuf ans est en traitement depuis huit mois. Il pratique encore une douche et une pulvérisation tous les jours. Le résultat favorable semble définitivement acquis ; mais, pour plus de sûreté, la médication sera suivie pendant plusieurs mois encore.

Ces malades ont été, parmi les moins âgés, ceux qui ont pu être soumis le plus longtemps au traitement. J'ajoute qu'ils ont pris, comme presque tous les autres, de l'iodure de fer et de l'huile de foie de morue.

Ces faits de régénération de la muqueuse nasale ont une importance sur laquelle il me semble nécessaire d'insister. Outre qu'ils sont favorables au pronostic, ils

permettent de penser que, dans l'affection qui nous occupe, c'est bien, comme le veut Gottstein, la muqueuse qui s'enflamme chroniquement et s'atrophie peu à peu. Les cornets inférieurs s'atrophieraient consécutivement. Ce qui prouve que ce processus existe, c'est qu'on peut l'arrêter par une intervention convenable, quand il n'est pas trop avancé, et même obtenir une restitution complète. En serait-il ainsi, si, comme le dit Zaufal, l'atrophie du cornet était toujours congénitale, ou, si elle était, comme le pensent Calmettes et Martin, le résultat d'un arrêt de développement? Que l'élargissement des fosses nasales favorise la stagnation et l'épaississement des mucosités, c'est probable, mais non absolument démontré. Dans tous les cas, il faut, selon moi, un autre élément; il faut que ces mucosités soient sécrétées en grande abondance par la muqueuse enflammée. Et cela est tellement vrai qu'à l'époque où, grâce aux progrès de l'atrophie, les fosses nasales ont atteint leur maximum de largeur, les mucosités sont moins abondantes et tendent même à disparaître spontanément, parce que la muqueuse réduite, comme je l'ai dit plus haut, à sa plus simple expression, ne peut plus sécréter. Du reste, il arrive assez souvent de rencontrer des fosses nasales, qui, bien que très larges, ne sont pas encombrées de concrétions fétides.

Michel suppose que les mucosités sont surtout produites par la muqueuse du sinus. Il est possible qu'il en soit ainsi quelquefois. Mais, outre que les recherches anatomiques de Zukerkandl sont peu favorables à cette hypothèse, la marche de l'affection elle-même et les résultats du traitement me paraissent aussi la rendre peu probable. En réalité, tous les phénomènes peuvent s'expliquer avec une inflammation limitée aux muqueuses nasales et pharyngées, et il n'est guère admissible que les moyens employés, douches, pulvérisations, etc., puissent atteindre la muqueuse du sinus, de manière à agir favorablement sur elle.

Quelle est la cause de la rhinite ou mieux de la rhinopharyngite atrophique? Faut-il voir là un catarrhe chronique ordinaire commençant par un stade d'hypertrophie pour finir par un stade d'atrophie? Faut-il admettre l'existence d'un ferment spécial (Bresgen, Ziem), une altération des sécrétions par des acides gras (Kraus), ou l'invasion de la cavité nasale par un diplococcus particulier (Lœwenberg)? Autant de questions qu'il est difficile de résoudre. J'avoue que la dernière hypothèse est très satisfaisante. Elle expliquerait bien la marche progressive de l'affection et aussi l'action si manifeste des substances antiseptiques. Ce diplococcus existe certainement.

M. Lœwenberg l'a démontré. Mais il reste, je crois, à prouver que les cultures de ce microbe sont capables de reproduire la maladie. Il faut bien reconnaître, d'ailleurs, que la contagion, si elle existe, est tellement rare qu'on peut la mettre en doute.

J'aurais pu étendre cette communication, comparer entre eux les différents modes de traitement, parler de l'insufflation de poudres, du tampon de Gottstein et même citer mes observations avec plus de détails. Mais j'ai pensé devoir me limiter à l'indispensable, ne voulant, du reste, pas abuser de votre bienveillante attention. Je désirais insister sur certains aperçus un peu nouveaux et non faire une œuvre didactique.

Plus tard, j'aurai, je l'espère, l'occasion de rencontrer de nouvelles observations, et je pourrai, peut-être, les joindre à celles d'aujourd'hui pour composer un mémoire plus complet.

OTORRHÉES COMPLIQUÉES

par M. le Dr DELIE, d'Ypres (1).

MESSIEURS,

Divers accidents qui, dans ma pratique, ont aggravé des écoulements purulents de l'oreille, me semblent dignes

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 14 avril 1887.

de vous être présentés en groupe. Le contraste des complications, la diversité des terminaisons serviront à éclairer les diagnostics et à mettre de la réserve dans les pronostics.

I. — Otorrhée. — Phlegmon mastoïdien.

Le nommé X..., quarante-deux ans, souffre depuis trois semaines d'un abcès de l'oreille et d'une tuméfaction considérable de la région mastoïdienne. Un courant d'air l'a gratifié d'une fièvre vive de vingt-quatre heures, des douleurs exacerbantes se sont déclarées dans l'oreille droite et la moitié correspondante de la tête : la mastication est douloureuse, l'insomnie est rebelle. Un écoulement purulent s'est montré le quatrième jour sans apporter grand soulagement. L'otorrhée bien que minime ne céda pas aux moyens vulgaires. Le dixième jour, se manifeste une nouvelle fièvre avec douleur et gonflement derrière l'oreille : toute la région mastoïdienne et une partie du cou se prennent en tumeur. Le malade, abattu par l'insomnie et les souffrances cérébrales et locales permanentes, a recours au spécialiste. Le conduit auditif externe est complètement fermé par le gonflement des parois ; la région mastoïdienne est le siège d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule ; cette tumeur est rouge et manifestement fluctuante. A l'incision, il s'écoule un verre à vin de pus ; la plaie est pansée à l'iodoforme ; au bout de six jours tout est rentré dans l'ordre. Nous avions eu affaire à une inflammation du conduit auditif externe compliqué de phlegmon mastoïdien.

II. — Otorrhée. — Polypes. — Carie du rocher.

Un enfant dans sa quatrième année, souffre depuis quatorze mois d'une otorrhée purulente : l'écoulement est sanieux, archifétide et très abondant. L'enfant accuse peu de douleur, il est porteur d'une paralysie faciale gauche. Le conduit auditif externe et la caisse sont remplis de végétations polypeuses ; les otorrhagies sont fréquentes ; une a failli coûter la vie au petit malade. La région mastoïdienne est légèrement tuméfiée et sensible à la pression. Les lavages

désinfectants répétés, l'iodoforme, l'alcool simple ou additionné d'acide borique ou salicylique, le curetage, les cautérisations à l'acide chromique, le galvano-cautère ne parvinrent pas à se rendre maître de l'otorrhée. Un jour, l'enfant fut pris de fièvre ; un phlegmon se déclara derrière l'oreille. Une large incision mit à nu la partie mastoïdienne cariée. Environ un mois plus tard, je détachai un séquestre comprenant l'apophyse mastoïde en totalité, et la paroi postérieure osseuse du conduit auditif externe. Ce fut le signal de la guérison ; celle-ci s'acheva lentement sous l'influence de l'iodoforme. Aujourd'hui, il existe derrière l'oreille une dépression et une ouverture fistuleuse sèche; le conduit externe est rétréci. L'appareil de perception des ondes sonores est conservé. Le diapason est perçu sur les os de la tête : moins cependant sur la région mastoïdienne gauche; l'enfant n'entend plus la voix ordinaire, mais il comprend la voix élevée.

III. — Otorrhée. — Abcès mastoïdien.

M. S..., quarante ans, me fit appeler pour un écoulement d'oreille, accompagné de céphalalgie très intense. L'affection débuta, il y a un mois, par une fièvre continue et une douleur vive dans l'oreille droite, suivie d'écoulement purulent. Un traitement insignifiant fut institué contre l'otorrhée. Au bout de quelques semaines, le malade, effrayé de la recrudescence du mal de tête, de l'état vertigineux perpétuel, de l'insomnie rebelle et du gonflement qui se produisait derrière l'oreille, eut recours au spécialiste. Le thermomètre accuse une température de 38 5/10; l'état général est satisfaisant; le conduit auditif droit est rempli de pus crémeux, la lumière en est rétrécie par le gonflement des parois; la région mastoïdienne est gonflée en totalité; l'œdème superficiel de nature inflammatoire s'étend jusque vers le milieu du cou; aucun cordon noueux n'est tangible le long du St. cl. m. les jugulaires ne sont pas affaissées; aucune tuméfaction n'est perceptible au visage; les yeux sont normaux; la douleur spontanée est vive dans la région occipitale droite; la moin-

dre pression mastoïde arrache des cris au malade. L'otorrhée est un peu abondante. 10 sangsues sont appliquées derrière l'oreille, et des irrigations chaudes, désinfectantes du conduit auditif sont instituées d'une manière ininterrompue. Un soulagement notable ne se produisit pas. J'eus recours à l'incision de Wilde portée jusque sur le périoste de la tubérosité mastoïdienne.

Le lendemain de l'opération, en sondant la plaie, je tombai, vers la pointe de l'apophyse mastoïde, sur une partie osseuse dénudée, offrant peu de résistance. Après quelques manœuvres prudentes, je fus heureux de voir un écoulement purulent se produire le long de la sonde; la quantité de pus recueilli s'élève approximativement à un petit verre à liqueur. L'abcès mastoïdien s'était pour ainsi dire ouvert spontanément. Dès ce jour, la convalescence fut franche et heureuse; la guérison était parfaite au bout de quatre semaines. L'audition seule reste un peu dure.

IV. — Otite externe érisypèlateuse, avec complication de phlegmon profond de la région temporale.

Cette observation a été publiée dans la revue de laryngologie de M. Moure. Je ferai noter cependant que l'otorrhée revêtait tous les caractères du catarrhe purulent de l'oreille moyenne; tous les symptômes d'une complication mastoïdienne ont existé; l'œdème inflammatoire de la face fait songer à la possibilité d'une thrombose des sinus.

V. — Otorrhée chronique polypeuse. — Complications cérébrales. — Mort.

La dame V..., âgée de vingt-cinq ans, est sujette à des écoulements de l'oreille droite depuis son enfance. En novembre 1886, après s'être exposée à un courant d'air, elle fut prise, pendant trois jours, de fièvre avec frissons et douleurs vives de l'oreille, irradiées dans toute la moitié correspondantes de la tête. L'appétit disparut, les forces s'épuisèrent; la jeune dame, sous le coup d'une affection grave, se vit obligée de sevrer sa petite fille de huit mois. Je fus appelé en consultation le 1er décembre. La malade est couchée dans

un fauteuil ; son teint est pâle, anémique; ses traits expriment la souffrance; ses paupières, à demi-closes, sont animées d'un tremblement continuel; elle éprouve un abattement généralisé et des douleurs névralgiques terribles dans la moitié de la tête; des vertiges non interrompus la mettent dans l'impossibité de marcher sans aide et l'obligent à fermer constamment les yeux. L'insomnie est entretenue par l'augmentation de la céphalalgie et des sensations vertigineuses dès que la dame prend une position couchée. La langue est saburrale ; la bouche mauvaise, l'appétit nul, les vomituritions sont permanentes; le moindre bruit n'est pas supporté; les mouvements des membres sont plus incertains et animés de plus grands tremblements à gauche qu'à droite. Il y a quelques jours, un abcès s'est déclaré dans l'oreille droite : l'écoulement est faible et intermittent. La température marque 37° 5/10, le pouls très faible donne 20 pulsations au quart.

L'oreille est remplie de pus concrété ; aucun phénomène spécial n'est tangible dans les yeux, le cou, ou derrière l'oreille.

Nous émettons, sous réserve, le diagnostic d'embarras gastrique et d'otorrhée avec possibilité de complications cérébrales.

Après un lavage minutieux de l'oreille, nous instituons le traitement suivant : une limonade purgative, des boissons rafraîchissantes, le froid sur la tête, des irrigations chaudes désinfectantes dans l'oreille malade; la nuit on instillera, à intervalles réguliers, quelques gouttes de la solution : glycérine neutre 10 grammes, cocaïne 1 gramme, sublimé corrosif 1 milligramme.

Pendant 5 jours une légère amélioration se manifeste. Elle ne se maintient pas et le 6 décembre la jeune mère se voit obligée de garder le lit. Le 7, la langue est sèche, râpeuse; le pouls est à 100, il est filiforme et dépressible, la température du matin, de 38°2; la respiration monte à 24 mouvements par minute; le ventre est légèrement ballonné, les selles sont nulles; les douleurs céphaliques sont des plus

lancinantes dans toute la moitié droite de la tête. La malade garde sa présence d'esprit; il lui semble que son lit est animé d'un mouvement de balançoire combiné à un mouvement de rotation. Les pupilles sont égales; les vaisseaux rétiniens ne présentent aucune manifestation pathologique. L'oreille donne peu; les parois du conduit auditif sont boursouflées; toute la caisse présente des végétations sessiles d'un faible développement; aucun polype proprement dit n'est accessible à l'œil; la muqueuse de l'oreille moyenne est gris-bleuâtre. L'insufflation à l'aide de la poire Politzer, et le cathétérisme démontrent l'imperméabilité de la trompe d'Eustache. L'apophyse mastoïde, les régions hyoïdiennes et sus-claviculaires sont exemptes de phénomènes morbides.

Traitement. — Iodoforme porphyrisé dans l'oreille. L'état de faiblesse et d'appréhension de la malade ne permettant pas les évacuations sanguines locales; nous continuons le froid sur la tête et les cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs. On administre une limonade purgative, 1 gramme d'antipyrine, et des boissons rafraîchissantes.

Le soir, la température est de 37°9.

Le 8 décembre le pouls est à 88, la respiration est à 24°, le thermomètre axillaire marque 38°3. La langue est meilleure; la malade a eu trois selles liquides. Les vomiturition sont permanentes ; l'ingestion des boissons provoque instantanément le hoquet et des vomissements.

La céphalalgie reste stationnaire; les vertiges se prononcent encore davantage. Le soir, la température est à 38°3.

9 décembre. — Le pouls est à 92, la respiration à 28, la température à 38°3. La langue est meilleure; les vomissesements ont disparu après l'usage de boissons glacées. Le soir, la température est à 37°9.

10 décembre. — Le pouls est à 92, la respiration à 24, la température à 38°7. Les selles sont nulles; la nuit a été meilleure, la céphalalgie n'est plus continue; l'état auriculaire ne présente rien de notable. Le soir, la température est de 39°2.

11 décembre. — Le pouls est petit, filiforme et précipité ;

la température est de 39°8; les lèvres sont sèches, encroûtées. Vers minuit, la dame est prise d'un violent frisson suivi de transpiration abondante.

12 décembre. — Le pouls est à 100, la température à 39°7. La céphalalgie est moins vive; l'œil et l'oreille droits ne sont le siège d'aucune altération digne de remarque; les veines jugulaires sont molles et bien remplies; la langue est râpeuse; les lèvres sont sèches et encroûtées. La famille croit à une fièvre typhoïde. Le soir, la température est 39°6.

13 décembre. — Le pouls reste à 100, la température est de 39°2; le soir elle est de 39°4.

14 décembre. — Le pouls garde 100 pulsations; la température reste à 38°2.

15 décembre. — Le pouls est à 108, imperceptible; la température est de 38°4 le matin et de 38°7 le soir.

16 décembre. — Le pouls donne 110 pulsations; le thermomètre axillaire marque 39°8. Pendant la nuit, la malade a éprouvé des frissons violents accompagnés d'élancements vifs dans l'oreille droite; ceux-ci provoquaient des douleurs violentes dans la région occipitale correspondante. Une odeur putride, nauséabonde s'exhale du conduit auditif externe. Après un lavage minutieux et prudent, j'aperçois vers le milieu de la paroi supérieure du conduit auditif, une masse polypeuse du volume d'un petit pois, d'une coloration blafarde gangréneuse; elle est molle au toucher, dépressible mais non réductible. La malade nous supplie de réinstituer les irrigations tièdes qui lui ont déjà procuré tant de soulagement. Le soir la température est de 39°3.

17 décembre. — Le thermomètre marque 38°8. Au moyen d'un mince fil écraseur je sectionne le petit polype. L'opération est pour ainsi dire indolore. Le lavage consécutif du conduit ramène une petite lamelle osseuse de l'épaisseur d'un millimètre, mesurant 7 millimètres sur 3 de surface; des petits lambeaux de muqueuse adhèrent à l'une des faces. En poursuivant les injections détersives, je ramène de l'oreille environ un dé à coudre de noyaux caséeux, d'une consistance de beurre durci, d'une odeur infecte. A l'inspection de la caisse

tympanique, je découvre un second polype, effilé, d'un centimètre de long, appendu à la paroi supérieure du conduit. Son extraction ne souffre pas la moindre difficulté. Les irrigations désinfectantes sont instituées trois fois par jour, elles sont suivies d'une injection d'iodoforme porphyrisé.

18 décembre. — Le pouls est à 108, la température à 38°8. La langue est très bonne. La céphalalgie a été insupportable, les frissons ne se sont pas répétés, la malade prend un peu de lait et un léger potage.

19 décembre. — Le pouls est à 108. La température à 38°4. La dame a passé une nuit agitée : des vomituritions continuelles la tourmentent ; une raideur de la nuque immobilise la tête dans une position renversée ; les mouvements passifs de rotation arrachent des cris à la malade ; la flexion de la tête sur la poitrine ne peut s'exécuter à aucun degré.

La déglutition devient pénible, et s'accompagne d'élancements douloureux dans l'oreille droite et la moitié du crâne correspondante ; une rougeur congestive occupe les joues ; les yeux sont injectés ; les pupilles égales ; tous les réflexes oculaires sont d'une sensibilité exquise. Il se produit de la stase dans les vaisseaux rétiniens droits.

La céphalalgie est modérée. L'inspection de l'oreille ne révèle rien d'alarmant ; il n'existe ni odeur putride, ni pus, ni gonflement. Les régions correspondantes du cou sont exemptes de manifestations pathologiques.

Le soir à six heures, la malade perd subitement connaissance ; les yeux fixes, grands ouverts, sortent de l'orbite ; la face est pâle et recouverte de sueur froide ; tout le corps est glacé ; l'immobilité qui engourdit les membres est interrompue de temps à autre par de légers tremblements convulsifs. Le pouls, filiforme, est précipité et irrégulier ; la respiration est entrecoupée. La malade ne répond par aucun signe aux questions qu'on lui adresse ; les réflexes oculaires sont abolis.

Nous recommandons d'emprisonner le crâne et le front dans des compresses d'éther. Les boissons vineuses seront administrées si la malade récupère la faculté d'avaler.

20 décembre. — La veille à dix heures du soir, la dame fut prise de frissons violents qui se répétèrent pendant une heure et demie. Des cris hydrencéphaliques, des crispations du visage, des expirations plaintives deviennent l'expression des souffrances internes. La face est le siège de congestions passives intermittentes qui lui impriment des colorations gris-bleuâtres et correspondent à des accès convulsifs. La pupille droite est dilatée, la gauche est rétrécie, la tête est enfoncée dans les oreillers par la concentration tétanique des muscles de la nuque. Dans le courant de l'après-midi, la dame porte constamment la main droite à la tête. Six grands accès convulsifs se manifestent pendant la nuit. Vers le matin, après trente heures de perte absolue de connaissance, la malade appelle la sœur de charité ; petit à petit elle renaît à la vie, répond vaguement, par signes et mots embrouillés, aux questions qu'on lui adresse ; elle est perdue dans ses souvenirs : elle verse des pleurs quand une personne de son entourage s'approche d'elle.

21 décembre. — La température est de 39°2 ; la respiration compte 48 mouvements par minute ; le pouls est à 120, il est petit, son rhythme redevient régulier. Toute la moitié droite du visage du cou et du crâne est le siège d'un infiltration œdémateuse ; le faciès est paralysé à droite ; l'œil reste ouvert et terne ; la joue est flasque et pendante ; la bouche est déformée par l'affaissement de l'angle labial droit. L'intelligence revient cependant ; la malade voit, elle entend, elle répond distinctement ; elle ne garde aucun souvenir de son état antérieur, elle indique le siège de ses souffrances, localisées dans la région occipitale. Dans le courant de la journée, la patiente éprouve quatre accès de frissons, d'une durée de trois minutes chacun : alors le visage blêmit ; la malade se plaint de froid intense, demande force couvertures pour les jeter dès que le stade de chaleur et de sudation se produit. La malade reste dans cet état pendant 30 heures ; la langue et les lèvres se revêtent d'un enduit noirâtre ; des sueurs froides recouvrent tout le corps ; un faux sommeil s'empare de la moribonde ; celle-ci s'éteint dans un coma d'allure typhique.

Bien que l'autopsie n'ait pu se faire, j'ose émettre le diagnostic suivant :

Otorrhée chronique polypeuse. Carie de la paroi supérieure osseuse du conduit auditif externe avec rétention de pus caséeux. Méningite purulente et probabilité de Thrombose du sinus transversal droit.

GLOTTES SUPPLÉMENTAIRES

par le Dr A. GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière (1).

Il est extrêmement commun d'observer des malades chez lesquels la phonation soit entravée par l'hyperthrophie des parties sus-glottiques du larynx, et pourtant les quelques cas connus de prétendue suppléance des cordes vocales sont dus précisément à des faits pathologiques de ce genre. Il y a là une contradiction singulière due probablement à une observation incomplète ou insuffisamment prolongée; du reste, le critérium anatomopathologique a fait entièrement défaut. L'illusion vient de ce que les mouvements de ces prétendues glottes sont absolument semblables à ceux des cordes vocales inférieures, leur aspect extérieur a aussi, sauf bien entendu la couleur et le volume, une grande analogie avec celle de la vraie glotte; la forme est triangulaire dans la respiration et les bords arrivent au parallélisme et au rapprochement absolu au moment de la phonation. Non seulement les mouvements sont semblables à ceux des cordes vocales inférieures, mais l'émission des sons aigus et graves paraît s'accompagner de véritables vibrations et imprime à la nouvelle fente glottique les modifications en rapport avec ces sons différents.

Nous venons de dire plus haut que le critérium anatomo-pathologique a fait défaut dans l'effet de ce genre; en effet, il n'a pas été prouvé que la fonction vocale appartenait à ces nouveaux organes, il est même plus que probable que la glotte véritable vibrait au-dessous de la

(1) Lu à la Société française de laryngol. et d'otol., session d'avril 1887.

fausse glotte supplémentaire ne participait que dans une faible mesure à l'émission des sons.

Nous croyons aussi que l'observation de ces faits n'a pas été suffisamment prolongée; je possède, en effet, une observation où j'ai pu croire, pendant un certain temps, à l'existence d'une glotte supplémentaire. Mais ayant eu l'heureuse fortune d'observer les malades à plusieurs reprises, j'ai pu m'assurer de l'existence d'une glotte véritable et à peu près normale, qui fut masquée, pendant un certain temps, par la prétendue glotte supplémentaire.

Voici cette observation, dont la première partie a été recueillie avec le plus grand soin par le Dr Lermoyez, en 1884, alors qu'il était interne dans mon service de l'hôpital Bichat.

C..., Joseph, âgé de vingt-huit ans, sommelier; entré le 2 janvier 1884, à l'hôpital Bichat, salle Bazin.

Gourme dans l'enfance, abcès froid à l'âge de sept ans, chancre induré il y a huit ans, contracté à l'île Maurice. Accidents cutanés secondaires vigoureusement traités par le mercure et l'iodure.

Il y a deux ans, *ulcérations du pharynx* amenant de la dysphagie, mais pas de troubles de la voix. En même temps, *pleurésie droite avec épanchement* ayant duré six mois; à ce moment, état général mauvais, soupçon de tuberculose.

Il y a un an, lésions du pharynx s'accompagnant d'altérations de la voix; six mois plus tard, le larynx devient douloureux, la voix disparaît et il y a de la gêne respiratoire.

Traité pendant quelque temps à la clinique du Dr Proust, à Lariboisière, il entre à l'hôpital Bichat dans le même état. A ce moment, la dyspnée est si intense qu'on se tient prêt à faire la trachéotomie. *Cornage bruyant*, *aphonie complète et absolue*.

Examen laryngoscopique : on voit seulement deux gros bourrelets formés par une infiltration des cordes vocales supérieures qui se sont accolées au point de ne pas même s'écar-

ter dans les plus fortes inspirations. L'épiglotte est détruite; on n'en voit plus trace. Il est impossible de voir la glotte.

1er février. — Sous l'influence de l'iodure de potassium, 4 grammes par jour, et de cautérisations endolaryngées répétées avec le galvano-cautère, la dyspnée diminue, le cornage disparaît et la voix revient un peu.

On constate alors à l'examen laryngoscopique qu'au moment de l'inspiration, deux bourrelets latéraux commencent à s'écarter.

La santé du malade, qui était assez médiocre à son entrée, redevient excellente. Pas d'hémoptysie; auscultation très négative.

1er avril. — A ce moment, après une série de cautérisations, la continuation prolongée du traitement spécifique, la voix est à peu près revenue, avec un timbre un peu rauque, il est vrai, et voici ce que l'on constate :

1° Absence d'épiglotte;

2° Etat mamelonné de la partie postérieure du larynx, qui n'est pas très injectée;

3° Une véritable glotte supplémentaire formée manifestement par les deux cordes vocales supérieures hypertrophiées et anémiées de mouvements, peu étendus il est vrai, car elles sont presque au contact.

Cette glotte nouvelle est triangulaire, sa base postérieure est formée par la région aryténoïdienne très épaissie.

Quand le malade monte la gamme, avec une voix sonore mais rauque (il ne monte au maximum qu'une octave), on voit nettement : 1° les deux cordes vocales supérieures *vibrer*; 2° venir au contact. Le triangle noir postérieur se rétrécit de plus en plus au fur et à mesure qu'il monte la gamme.

Est-ce là que se formait le son? J'en doutais, et il me sembla qu'il devait être produit par les cordes vocales restées probablement intactes et masquées seulement par les bandes ventriculaires hypertrophiées. A l'appui de cette opinion, on voit, en effet, au moment où l'inspiration est très profonde, les insertions antérieures des vraies cordes vocales. Mais malheureu-

sement il est impossible de voir ces cordes dans leurs trois quarts postérieurs.

Le 7 avril, le malade sort sur sa demande.

L'année suivante, C... rentra dans nos salles, avec de l'oppression, de la dysphagie et une aphasie complète. Enfin, le malade avait maigri, il toussait et avait un léger mouvement fébrile. Depuis son départ de l'hôpital, il s'est fort peu traité et il a commis assez d'excès vénériens et alcooliques.

A l'auscultation, on n'entend que le bruit du larynx, mais l'expectoration est assez abondante, et, à l'examen des crachats, on constata l'existence de bacilles.

Après un peu de repos et des pansements à la cocaïne, l'état général s'améliore, la dysphagie disparaît ainsi que la dyspnée, mais l'aphasie persiste. A l'auscultation, on constate à l'un des sommets l'existence de quelques craquements.

A l'examen laryngoscopique, on voit le même aspect décrit précédemment par M. Lermoyez, mais avec plus de tuméfaction et de rougeur. Impossible d'apercevoir les vraies cordes vocales. On administre le traitement spécifique, iodure de potassium, dose de 2 à 4 grammes, et on pratique deux fois par semaine des cautérisations galvanocaustiques sur les bourrelets, qui diminuent de volume au bout de trois semaines environ. La voix réapparaît avec un timbre assez rauque, et cette amélioration persiste. L'état général s'améliore. Au bout de deux mois environ, on peut apercevoir les cordes vocales, mais il est impossible de les suivre jusqu'à la commissure postérieure, toutefois elles sont visibles dans une étendue plus grande que l'année précédente.

Le malade quitte notre salle au moment de la belle saison et, depuis, malgré toutes nos recherches, nous l'avons perdu de vue.

Cette observation diffère de deux autres, qui ont paru l'une en 1884, dans les Annales des maladies de l'oreille et du larynx, et l'autre, dans le même recueil, en 1887. La première est du docteur Cadier, la deuxième a été publiée par le D[r] Garel, de Lyon.

Le Dr Cadier conclut formellement à l'existence d'une nouvelle glotte après destruction de l'ancienne. Son malade était d'abord aphone, comme le nôtre, puis la voix a reparu. C'était aussi un syphilitique. La nouvelle glotte, dit M. Cadier, était animée de mouvements assez étendus. Seulement les lèvres ne s'appliquaient pas longitudinalement, mais transversalement; dans ce cas, la face postérieure de l'organe formait la lèvre postérieure et les deux bourrelets longitudinaux venaient s'appliquer contre cette paroi postérieure. En lisant cette observation, nous voyons que les cordes vocales, bien qu'assez altérées, n'étaient pas entièrement détruites, elles semblaient faire partie de la nouvelle glotte et se rapprochaient très intimement au moment de la phonation. En un mot, nous sommes ici en présence d'une glotte très altérée, modifiée avantageusement par le traitement externe et interne, et aidée dans son fonctionnement par l'adaptation des parties voisines. Ce n'est donc pas tout à fait une nouvelle glotte, et il est permis de croire que dans ce cas les vibrations n'étaient que renforcées par le rapprochement des parties voisines et non créées par cette disposition. Ce renforcement du son par les parties voisines est un fait physiologique et Bataille, dans la *Physiologie de la voix*, avait signalé ces vibrations non pas comme créatrices du son, mais comme destinées à le rendre plus fort. Il eût été curieux d'examiner microscopiquement le larynx du malade de M. Cadier, car si la description nous fait supposer qu'il avait observé les véritables cordes vocales très altérées, il n'est pas absolument sûr qu'il se soit trouvé dans son cas devant la véritable glotte que peut-être l'on aurait pu rencontrer au-dessous de la prétendue fente vocale, et que la sténose supérieure empêchait de voir à l'examen laryngoscopique.

Dans le cas de M. Garel, la glotte supplémentaire, formée par les replis aryténo-épiglottiques, tuméfiés et déformés, affectait l'apparence d'une véritable glotte, dont les bords se rapprochaient entièrement au moment de la

phonation, de manière à masquer entièrement les lèvres de la glotte, que l'on voyait au-dessous, très profondément, au moment de l'inspiration. Dans le cas de M. Garel, la voix n'était pas altérée dans son timbre.

Il me semble légitime de conclure de la présence de ces trois faits, qu'ils n'est pas prouvé que la glotte puisse être véritablement suppléée après sa destruction par une nouvelle glotte, attendu que la destruction complète des cordes vocales inférieures n'a été prouvée dans aucun de ces cas. Mais il est possible que les vibrations des parties voisines puissent, à l'état pathologique comme à l'état physiologique, contribuer à renforcer les sons émis péniblement par une glotte altérée. Toutefois ce fait ne peut se produire qu'à la condition que les surfaces destinées à ce rôle ne soient plus le siège d'une inflammation ou d'un processus actif, ce que prouvent du reste non seulement les observations que nous venons de citer, mais celles très nombreuses qui nous permettent de constater l'existence de l'aphonie, chaque fois que les cordes vocales supérieures sont l'objet d'une congestion très vive, bien que les cordes vocales soient à peu près normales dans leur couleur et leur fonctionnement.

QUELQUES REMARQUES SUR UN CAS DE LARYNGITE HÉMORRHAGIQUE

Par le Dr J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon (1).

L'observation que je vais citer est un fait rare de laryngite hémorrhagique, analogue à ceux contenus dans le récent travail de P. Strübing (*Die laryngitis hemorrhagica*, 1886), qui résume parfaitement tout ce qui a été écrit à ce sujet. De tous les traités classiques, le *Ziemssen's Handbuch* et le traité de Gottstein seuls s'occupent de la question d'une façon importante.

Il ne faut pas comprendre sous la dénomination de

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, dans la séance du 13 avril 1887.

laryngite hémorrhagique des hémorrhagies sans importance ou simples filets de sang apparaissant dans quelques laryngites plus ou moins aiguës. Dans ces cas, les symptômes sont trop légers pour modifier le tableau clinique.

On doit resteindre la laryngite hémorrhagique aux cas de catarrhes laryngés compliqués d'hémorrhagie soit à la surface, soit dans les couches profondes. Stépanov ne peut pas même admettre celle des couches profondes. Le signe important consiste dans l'apparition d'une hémorrhagie sur la muqueuse laryngée en dehors de toute lésion ulcéreuse de la muqueuse, ce qui élimine toutes les hémorrhagies d'origine traumatique.

Le malade, qui fait le sujet de cette note était âgé de cinquante-cinq ans. Il était aumônier de l'un de nos établissements hospitaliers. Il jouissait d'une santé florissante et n'avait éprouvé que quelques vagues douleurs rhumatismales. En 1865, crise rhumatismale aiguë avec rechute et compliquée d'un peu d'angoisse précordiale. Le malade se rétablit assez complètement et peut se livrer à des marches pénibles sans éprouver la moindre fatigue.

Point important : le malade a une tendance à l'hémophilie. Il a eu plusieurs hémorrhagies difficiles à enrayer dans le cours de son existence.

Depuis deux ans seulement, il maigrissait et avait un teint pâle et jaunâtre. En même temps apparurent des épistaxis fréquentes ainsi que quelques rares filets de sang dans les crachats.

A cette époque, M. le professeur Rambaud constata simplement de l'anémie sans troubles du côté des urines. D'ailleurs, une guérison au moins apparente ne se fit pas attendre.

En mars 1885, premiers troubles de la voix avec sensation douloureuse à la suite d'un refroidissement.

En août 1886, mêmes troubles douloureux, accompagnés d'un nouvel accès de rhumatisme qui oblige le malade à garder le lit pendant six semaines.

Pendant cette crise, sensation douloureuse au niveau du larynx mais sans altération de la voix et *sans crachements de sang*. A partir de septembre cependant, la voix se voile peu à peu. Au réveil, le malade a la respiration difficile et ne se trouve mieux qu'après avoir rejeté quelques caillots sanguins, noirâtres et très consistants.

En novembre 1886 je vois le malade pour la première fois, sur l'avis de M. le professeur Rambaud. Il est presque aphone, crache du sang continuellement et rejette des caillots noirs le matin. État général très compromis, mais pas d'albumine dans les urines.

Au cœur l'auscultation révèle une insuffisance mitrale.

A l'examen laryngoscopique, sur le bord libre des cordes, on constate des caillots noirs formant une sorte de bordure dentellée. On trouve quelques caillots également sur les aryténoïdes et même sur l'épiglotte. La face supérieure des cordes vocales est à peine rosée et ne présente pas d'ulcérations. La motilité des cordes est intacte, mais l'obstacle matériel formé par les caillots empêche l'affrontement normal des bords libres et trouble l'émission des sons. On s'explique comment le matin la voix reparaît après l'expulsion des caillots. Sur ces entrefaites, survient une nouvelle crise rhumatismale. Les caillots laryngés disparaissent, mais le malade crache encore du sang qui provient des fosses nasales postérieures comme le prouve d'ailleurs la rhinoscopie postérieure.

Au mois de janvier 1887 l'albumine apparaît dans les urines, puis survient de l'œdème progressif avec purpura. Le malade succombe enfin au commencement de février avec les accidents les plus nets de cachexie cardiaque.

Cette observation est un véritable type de laryngite hémorrhagique *précédée de laryngite catarrhale simple d'origine rhumatismale*. C'est la tendance hémophilique qui a ouvert la voie à la complication dans cette circonstance. Le purpura terminal dénote assez, combien le système vasculaire de ce malade était altéré. Rethi a publié en

1884 (*Wiener Med. Presse*) une observation analogue à la mienne.

Les autres observations de laryngite hémorrhagique sont relativement rares et ont été réunies dans le travail consciencieux de Strübing. Toutes présentent un ensemble de signes tout à fait caractéristiques.

On a tort d'attribuer l'hémorrhagie à un effort; dans le cas de Stépanov et dans le mien, l'hémorrhagie avait lieu pendant le repos de la nuit.

La quantité de sang rejeté est variable et ne dépend en aucune façon du degré de la laryngite. La tendance aux récidives est un fait important à signaler, vu la persistance de la cause première.

La gravité est presque nulle dans les formes superficielles ; cependant s'il y a du gonflement inflammatoire, on peut être dans l'obligation de songer à la trachéotomie.

L'examen laryngoscopique peut seul trancher le diagnostic, le rejet de caillots ne permettant qu'une hypothèse peu justifiée.

Les formes d'hémorrhagie survenant dans l'épaisseur de la muqueuse sont plus rares que celles qui ne se produisent qu'à la surface; elles sont aussi plus graves et presque toujours fatales. Tels sont les cas de Bogros et de Pfeuffer, Rühle, Schiotter et Jurasey citent des hémorrhagies profondes dans les affections scorbutiques.

Dans la laryngite hémorrhagique, une intervention chirurgicale est surtout plus nuisible qu'utile. Il faut se contenter de faire des inhalations, plus ou moins astringentes, pour détacher les caillots. On ne doit guère songer à la trachéotomie que dans les cas d'hémorrhagies profondes.

COMPTE RENDU OFFICIEL
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

SESSION GÉNÉRALE

13 avril 1887.

M. MÉNIÈRE, Président de la Session ordinaire d'octobre 1886, ouvre la séance à huit heures trois quarts, et cède le fauteuil au nouveau président, M. Gouguenheim, élu dans la dernière session d'octobre dernier.

ORDRE DU JOUR

1° Election des Vice-Présidents : MM. Schiffers et Garel sont élus;

2° *Correspondance.* — M. le Secrétaire donne lecture des envois adressés à la Société et comprenant les livres et revues spéciales de Paris, de province et de l'étranger;

3° Résumé des travaux de l'année. — M. le Secrétaire expose le résumé des travaux dont la Société a eu à s'occuper à propos de la pathologie et de la physiologie des organes de l'ouïe, de la voix et de l'olfaction;

4° **Observation de Laryngite hémorrhagique.** M. GAREL lit son mémoire sur ce sujet (1).

M. POYET se demande si l'observation présentée par notre confrère est bien une laryngite hémorrhagique; il ne voit pas que M. Garel ait constaté du côté du larynx de rupture de vaisseaux, de lésions de la muqueuse, de toux violente, qui aient pu déterminer un écoulement de sang. M. Garel a au contraire fait connaître un état grave du côté du cœur et des vaisseaux qui peut seul être la cause première d'hémorrhagies disséminées et dont le sang se serait coagulé dans le larynx. M. Poyet croit que l'hémorrhagie était la suite d'une diapédèse et non d'une laryngite. Strübing dans ses observations dit que les cordes vocales rouges et enflammées présentaient des points noirâtres par où l'écoulement du sang avait dû se faire.

(2) Voir page 248.

M. Delie est de l'avis de son collègue M. Poyet. Il y a ici un état général qui domine et la laryngite est tout à fait secondaire; il ne voit pas du reste que le larynx du malade ait présenté une dégénérescence de la muqueuse.

Je ne puis, dit M. Delie, comprendre dans les laryngites hémorrhagiques le cas énoncé par notre estimable confrère. Il est essentiel de ne pas confondre les hémorrhagies ou transsudations sanguines se manifestant dans tous les organes sous la dépendance d'une altération profonde du sang, avec les inflammations du larynx, assez violentes pour amener une rupture vasculaire locale, superficielle ou profonde des ramifications artérielles laryngées. Les caillots de sang que l'on rencontre sur et entre les cordes vocales chez des malades expectorant le sang et atteints d'albuminurie chronique, de cirrhose, de scorbut, etc., proviennent des voies respiratoires profondes; le sang s'est arrêté au passage et, la nuit pendant le sommeil et le repos du larynx, il s'est pris en coagulum sur le bord libre et la face inférieure des cordes vocales. Dans la majorité des cas la transsudation sanguine est minime à la surface même de la muqueuse laryngée.

M. Moure partage l'opinion du précédent orateur. Dans l'observation de notre confrère M. Garel, il s'agit d'hémorrhagies autant laryngienne que trachéale, nasale, etc., et les caillots se sont fixés sur les cordes vocales comme ils s'étaient formés dans les fosses nasales.

Il cite le cas d'un chanteur chez lequel il y eut rupture vasculaire pendant un effort vocal. A l'examen laryngoscopique, M. Moure trouva une véritable hémorrhagie qui s'était produite au-dessous de la muqueuse de la corde vocale gauche; cette muqueuse était absolument rouge, ecchymotique.

Dans un autre cas, il se produisit une hémorrhagie laryngée à la suite de pulvérisations d'alun.

M. Moura ne pense pas que l'on puisse affirmer l'existence d'une hémorrhagie laryngée par la seule présence de caillots sur les diverses parties de la cavité du larynx. Il faut avant tout établir le point ou la lésion qui donne lieu à l'écoule-

ment, et pour cela le larynx a besoin d'être débarrassé des caillots.

M. Moura a observé deux cas d'hémorrhagie laryngée; dans l'un le sang s'écoulait ou plutôt suintait du ventricule gauche, et dans l'autre d'une ulcération profonde qui, après avoir détruit la muqueuse, avait atteint le cartilage du thyréoïde immédiatement au-dessus de la commissure des lèvres de la glotte.

M. Joal ne croit pas que la dénomination de laryngite hémorrhagique s'applique au cas cité par le Dr Garel. En effet, le terme laryngite suppose des accidents inflammatoires qui ne sont pas indiqués dans l'observation. La laryngite hémorrhagique comporte des phénomènes inflammatoires suraigus, avec rupture vasculaire et taches ecchymotiques comme on le voit chez les chanteurs à la suite de grands efforts de voix.

Dans le cas présent, il s'agit d'un état général; l'hémorrhagie n'est pas le fait de l'inflammation, mais bien d'une déchéance organique.

M. Vacher. Pour se servir du mot hémorrhagie laryngée ou de laryngite hémorrhagique, je pense qu'il faut une affection locale typique. D'un autre côté, pour répondre à l'objection de M. Moura, il ne voit pas trop comment on pourrait s'assurer de l'état du larynx lorsque celui-ci est recouvert de caillots adhérents; provoquer l'expulsion de ces caillots ou les enlever, lui paraît un moyen dangereux.

M Garel répond que dans le cas présent, il y a eu véritable laryngite hémorrhagique, car l'issue du sang a eu lieu nettement au niveau du larynx, et non seulement sur les cordes vocales mais encore sur la muqueuse des aryténoïdes et de l'épiglotte. Après la disparition des caillots, il a pu constater des marbrures à teintes opalines sur les points qu'ils avaient occupés.

M. Garel admet qu'on peut observer des hémorrhagies par le larynx à la suite d'efforts de voix dans le cours d'une laryngite aiguë, après les quintes de coqueluche, etc.; mais

le plus souvent, suivant lui, ce sont des hémorrhagies qui ne donnent pas lieu à l'ensemble des symptômes qu'il a signalés et qui ne peuvent durer longtemps. L'influence de l'état du système vasculaire du malade doit absolument entrer en ligne de compte dans les cas de laryngite hémorragique; les autres cas méritent plutôt le titre d'hémorrhagie par le larynx.

5° Traitement du catarrhe du sinus maxillaire, par M. Schiffers, de Liège (1).

M. Baratoux croit que le catarrhe du sinus maxillaire a le plus souvent pour cause la carie dentaire.

M. Chatellier partage la manière de voir de M. Schiffers et pense qu'on ne peut pas attribuer uniquement à une carie dentaire, l'affection signalée. Il a eu récemment l'occasion de faire l'autopsie d'un sujet mort de péricardite avec épanchement, dans le service de M. Gouguenheim; il était en même temps atteint d'un véritable ozène qui, de son vivant, exhalait une odeur repoussante. A l'autopsie on trouva une largeur exagérée des fosses nasales, des cornets inférieurs petits, les sinus sphénoïdaux et l'antre d'Highmore gauche pleins de pus; ce pus n'avait aucune odeur rappelant celle de l'ozène. Il n'y avait pas d'ulcérations dans les fosses nasales.

M. Noquet. — Le catarrhe du sinus maxillaire peut être consécutif à une inflammation de la muqueuse nasale; mais il est souvent provoqué par des lésions alvéolo-dentaires.

Il a vu, l'année dernière, un cas dans lequel il a suffi d'arracher une petite molaire très cariée pour permettre l'écoulement du liquide contenu dans le sinus. Des injections antiseptiques furent pratiquées par l'ouverture ainsi faite et la malade guérit assez rapidement.

M. Garel dit avoir eu à soigner un cas d'obstruction nasale par polypes avec suppuration infecte et continue. Il conseilla à sa malade l'extraction d'une dent cariée et la suppuration s'arrêta.

(1) Sera publié.

M. BOUCHERON rappelle, à l'occasion de la communication de notre confrère de Liège, l'histoire de Louis XIV qui était atteint d'une carie dentaire suppurante et contre laquelle son chirurgien employa, avec succès, le fer rouge. Il a publié un cas de déformation très étendue de la voûte palatine dû à une ancienne inflammation du sinus maxillaire; l'inflammation avait formé un kyste énorme qui avait disjoint le plancher des fosses nasales de la voûte du palais; elle remontait à plus de vingt ans. La tumeur fut ouverte et le malade vidait lui-même son kyste.

M. GELLÉ résumant la discussion, dit, qu'il est évident qu'il y a plusieurs modes de causalité : tantôt l'origine dentaire est indéniable, c'est le cas le plus ordinaire; tantôt ce sont les appareils prothétiques, ainsi qu'il l'a observé sur un de ses malades, et les opérations nécessitées par la carie dentaire quand elles sont multiples.

M. VACHER pense que cette inflammation de l'antre d'Highmore peut être causée par de violents coryzas.

M. POYET trouve que l'irrigation des sinus est plus facile par l'ouverture du maxillaire que par leur orifice dans le méat nasal.

M. SCHIFFERS répond à ses confrères et donne ses conclusions.

Nous ne contestons pas, dit-il, l'origine dentaire de l'inflammation des sinus; nous savons très bien qu'elle existe et qu'elle a été constatée avant l'existence de la Rhinoscopie. La question est de savoir si l'origine nasale n'est pas plus fréquente. Nous pensons que cette dernière se rencontre plus souvent, étant donnés, comme nous l'avons dit, les cas fréquents de carie dentaire et la rareté relative de leur complication par l'inflammation du sinus. L'odeur fétide exhalée par le malade n'est pas un signe de cette inflammation, elle peut provenir de la bouche seule; le pus peut aussi avoir son origine uniquement dans l'alvéole.

Nous insistons de nouveau sur la nécessité d'un examen

rhinoscopique pour poser le diagnostic. L'écoulement purulent, dans le nez, sort du méat moyen; il est unilatéral et intermittent. Il est évident que lorsque la carie dentaire est prononcée et qu'il existe de l'ostéo-périostite, l'ouverture chirurgicale par l'alvéole est indiquée. Elle peut du reste se faire spontanément en pareil cas.

M. Baratoux a observé treize cas d'inflammation des sinus, dus à la carie dentaire et il a constaté la présence de pus concret au niveau de l'antre d'Highmore.

Les dentistes soignent d'habitude ces maladies; ils enlèvent les racines cariées, font le lavage du sinus par des injections au fond des alvéoles perforé et guérissent très bien leurs malades.

M. Gouguenheim croit que notre confrère M. Schiffers a attribué aux rhinites une influence trop exclusive sur la production du catarrhe des sinus maxillaires. Les affections dentaires jouent aussi un certain rôle dans la pathogénie de ces affections que les dentistes observent quelquefois dans leur pratique. Aussi un certain nombre de ces cas échappent à l'observation des spécialistes des maladies de la gorge et du nez.

6° Considérations cliniques sur l'obstruction de la trompe d'Eustache, par M. Miot (1).

M. Boucheron demande à M. Miot si la trompe d'Eustache, après l'électrolyse, est restée largement ouverte et combien de temps la guérison a duré.

M. Miot répond que la trompe est restée facilement perméable après l'emploi de l'électrolyse et qu'il n'y a pas eu de rétrécissement consécutif; la preuve en est dans la facilité avec laquelle l'insufflation d'air pénétrait dans la caisse par l'emploi du Valsalva qui donnait au manomètre une pression de 60 grammes.

Le 17 février, le malade a été revu par M. Miot qui a constaté que la trompe était perméable à une pression aussi faible.

M. Moure pense que pour attribuer le succès obtenu à

(1) Sera publié.

l'électrolyse, M. Miot n'aurait pas dû faire usage de la cocaïne. La rétraction de la muqueuse produite par les instillations des solutions de ce sel pouvait en effet rendre la trompe perméable et aider à la guérison du malade.

M. Miot dit qu'il a fait usage pendant la première semaine de la cocaïne, de bougies, et qu'ayant échoué, il a eu recours à d'autres moyens.

M. Baratoux observe que l'électrolyse est suivie de rétrécissements aussi bien que la galvanocaustique, quoique le courant soit très faible et de 1 à 2 minutes de durée ; il se produit même quelquefois plusieurs mois après.

M. Miot répond que les rétrécissements surviennent après l'emploi de la galvanocaustique chimique quand on l'a fait trop profondément.

7° Observation **d'Otite moyenne subaiguë, granulie aiguë, mort**, par M. Ménière.

Le 17 juillet 1885, M. X..., d'Épernay, se présentait chez moi et me demandait de partir au plus vite avec lui pour voir son fils qui souffrait horriblement depuis trois jours d'une maladie de l'oreille gauche. Ce Monsieur m'apportait une lettre de son médecin, M. le Dr Palle, me donnant quelques renseignements sur l'état de l'enfant qui avait du frisson, de la fièvre et des vomissements.

Je partis le soir même.

Voici cette intéressante observation, que j'ai complétée avec les documents envoyés tous les deux jours par mon honorable confrère :

Le jeune X..., huit ans, d'apparence assez délicate, a eu, en 1882, une fièvre typhoïde fort grave, au cours de laquelle se déclara une otite moyenne suppurée. Le Dr Palle constata, après la convalescence la présence d'une excroissance polypiforme, qui a disparu dans la suite, paraît-il.

Un écoulement fétide s'est produit à maintes reprises, et

n'a été combattu que par des injections d'eau et de borax. Cet état se continua avec des intermittences de mieux, lorsque le 13 juillet 1885 des douleurs atroces se manifestèrent dans l'oreille gauche et dans toute la région voisine, accompagnés de fièvre, de vomissements et actuellement de frissons à retours irréguliers.

Le Dr Palle croit à une suppuration de la caisse du tympan avec propagation du côté des méninges; c'est ce qu'il me mande dans sa première lettre.

J'arrive à Épernay à onze heures du soir. L'enfant est dans son lit; son facies indique la souffrance; le pouls bat 115 et la température est de 39°6. Les douleurs partent du fond de l'oreille G, et se ramifient dans tout le côté correspondant de la tête; elles sont lancinantes avec de très courts moments d'arrêt.

Le Dr Palle m'assure n'avoir trouvé aucun autre symptôme de maladie locale ou générale. L'examen de l'oreille laisse voir un conduit auditif de dimensions normales; mais le tympan est d'un gris plombé, tirant un peu sur le rouge, et sa convexité en dehors est très nettement marquée. Je ne vois ni suintement, ni perforation.

Je diagnostiquai une otite moyenne subaiguë, mais les frissons irréguliers et la température (39° 6) me semblaient des symptômes bien accentués pour une simple inflammation de l'oreille moyenne. Je craignais comme mon confrère, le Dr Palle, une poussée du côté des méninges, et nous fûmes très réservés pour le pronostic.

Je proposai de faire de suite des applications de pointes de feu avec le thermo-cautère, derrière l'oreille malade, puis une incision sur toute l'étendue du tympan, et enfin un large vésicatoire bien camphré, en forme de croissant sur l'apophyse mastoïde.

Mon confrère étant d'accord avec moi, je me mis immédiatement à l'œuvre. Je crus devoir prévenir la famille qu'il était possible qu'il ne s'écoulât point de pus après la paracenthèse. Mon but était d'ouvrir une voie de dégagement absolument utile dans tous les cas.

Il s'écoula un peu de sang, mais pas de pus. Je fis ensuite

donner un bain d'oreille en versant une cuillerée d'eau de tilleul chaude additionnée de 8 gouttes de laudanum. Ce bain devait durer quinze minutes et être renouvelé toutes les heures.

Je mis 20 pointes de feu; puis j'appliquai le vésicatoire vers minuit.

A une heure et demie, l'état était sensiblement le même, mais la douleur un peu plus supportable.

A six heures du matin, avant mon départ, je me rendis auprès de mon petit malade, et je fus surpris, je l'avoue, de le trouver relativement très bien. Pouls, 84; température, 37 degrés; les douleurs sont insignifiantes, l'enfant se sent très soulagé.

En quittant Épernay, je dis à la famille que tout en ne voyant pas de danger réel immédiat, je ne pouvais m'empêcher de considérer l'état du malade comme très sérieux. Je ne leur cachai pas qu'il pouvait survenir des complications, mais qu'elles n'étaient point certaines; j'ajoutai enfin que la détente qui s'était produite le matin permettait d'espérer un retour à la santé.

Il fut convenu avec le Dr Palle que les bains d'oreille au laudanum seraient continués, et qu'il ferait prendre du sulfate de quinine. Des injections antiseptiques devaient être données trois fois par jour.

Je partis assez inquiet, frappé surtout par la température élevée observée la veille au soir.

Je continue l'observation en transcrivant les lettres que le Dr Palle m'envoyait tous les deux jours.

19 juillet. — « Peu d'instants après votre départ, une épistaxis assez abondante s'est produite; du sang a été dégluti et rejeté vingt-quatre heures après, par vomissements à l'état de caillots incomplètement digérés.

» Il ne me paraît pas douteux que ce sang provienne de l'oreille et qu'il ait été amené par la trompe dans les fosses nasales. Quelle est l'origine? Ulcération de la jugulaire? (1) J'ai fait remarquer aux parents combien avait été

(1) Ce sang était fourni simplement par l'épistaxis.

utile cette section chirurgicale qui avait amené la sédation observée, hier, et la chute du thermomètre de 39°7 à 37°1, et le pouls à 78. Bref si je ne suis pas sans appréhension, je n'ai perdu ni confiance, ni espoir. Je donne du perchlorure de fer en potion. »

21 juillet.— « La situation du jeune X... se modifie peu. Toute hémorrhagie a cessé, mais la fièvre subit des oscillations; pouls, 72 à 120 et température 37° à 40° avec frissons intermittents et rémissions des douleurs épicraniennes.

» Il en est de même de l'écoulement purulent de l'oreille qui tantôt a une odeur très forte, tantôt n'en a pas.

» Les deux vésicatoires ordonnés par vous ont bien pris. Au sulfate de quinine j'ai substitué l'aconit; 25 grammes d'huile de ricin.

» Un phénomène important s'est produit ce matin; l'enfant entend de l'oreille malade, et il en éprouve une vive satisfaction. L'intelligence est nette, les méninges sont respectées. Je maintiens notre pronostic : situation grave, toujours entourée de périls, mais permettant cependant d'espérer une heureuse solution.

» Merci pour les conseils que vous voulez bien me donner ce matin ; vous me trouverez disposé à les réclamer et à les suivre. »

24 juillet. — « Je n'ai que de mauvaises nouvelles à vous donner. Les *accidents auriculaires* s'ils existent encore *sont noyés* dans un ensemble d'*accidents généraux* qui dominent la situation.

» Fièvre continue; température 39 à 40 degrés; pouls 115 à 130; langue sèche, subdelirium, tympanisme, constipation opiniâtre, oppression, sensation de chaleur et d'angoisse précordiales, diminution du murmure respiratoire, respiration rude et saccadée; quelques râles disséminés; depuis ce matin, vaste bruit de souffle dans le tiers supérieur du poumon gauche, en arrière. Bref, aspect typhoïde.

» Un de mes distingués confrères de Reims qui m'a été adjoint, croit à une nouvelle fièvre typhoïde, à laquelle je voudrais bien croire aussi, mais je me sens invinciblement porté vers le diagnostic *granulie*.

» Cette maladie explique tout : invasion par l'oreille malade, sédation momentanée par l'ouverture du tympan et par l'épistaxis qui s'est montrée le lendemain, persistance et aggravation du mouvement fébrile par suite de la prolifération générale des tubercules. »

» Combien je voudrais me tromper... etc. »

29 juillet. — « Le jeune X... a succombé la nuit dernière au milieu d'accidents qui confirment pleinement le diagnostic que je vous soumettais dans ma dernière lettre ; *granulie.* »

Cette observation est fort curieuse ; malheureusement nous n'avons pu faire l'autopsie qui aurait eu, je le crois, un intérêt considérable. Je ne doute pas que de pareils faits ne se soient déjà présentés ; mais ils passent inaperçus lorsque l'état général est par lui-même si grave.

Voici un sujet dont les parents sont en excellente santé ; il n'y a jamais eu de tuberculeux dans sa famille. La santé de cet enfant ne présentait rien de particulier depuis sa fièvre typhoïde, remontant à trois ans. Il ne lui était resté qu'une otorrhée chronique fort modérée, puisque depuis quelques mois elle semblait arrêtée.

Tout à coup des accidents inflammatoires surgissent brusquement dans l'oreille autrefois malade.

Mon examen au troisième jour me laisse voir un tympan hypérémié mais sans la moindre perforation visible. Cette otite moyenne est tellement violente et s'accompagne de symptômes tels que le médecin désire avoir l'opinion d'un otologiste.

A ce moment, aucun phénomène ne pouvait nous mettre sur la voie et nous faire penser à une phtisie aiguë granuleuse. L'état morbide paraissait localisé dans l'oreille moyenne ; seules, la fièvre et surtout la température ne laissaient point que de nous inquiéter le Dr Palle et moi.

Je dois avouer cependant que la rémission si manifeste observée le lendemain, après les moyens thérapeutiques énergiques qui avaient été employés, avait effacé un instant l'impression que j'avais ressentie tout d'abord.

Mais quelle rapidité dans la marche de la maladie ! Le 21 (quatre jours après la consultation), l'état est sensiblement le même.

Le 23, il y a de l'aggravation, et le Dr Palle me mande le 24 que le confrère de Reims qui a été appelé, croit à une deuxième fièvre typhoïde, tandis que lui ne peut s'empêcher de redouter une granulie aiguë. Le 29 tout était fini.

La phtisie aiguë granuleuse dont l'otite moyenne subaiguë a été le symptôme initial, a donc évolué approximativement du 14 juillet au 29.

Je n'ai pas à discuter ici la pathogénie de la tuberculose et de ses manifestations diverses, si multiples, car on connaît les travaux de Bayle, de Laënnec, Louis, etc.

Je constate simplement que l'oreille peut, dans certains cas, être le siége primitif d'une lésion pouvant se généraliser avec une rapidité incroyable et amener la mort dans un très court délai.

La tuberculose miliaire avait-elle déjà envahi les poumons, alors qu'aucune manifestation n'avait pu appeler l'attention d'un médecin soigneux et fort consciencieux? L'oreille gauche a-t-elle été prise parce qu'elle avait déjà été malade antérieurement?

La chose est possible.

L'invasion a-t-elle débuté par la caisse du tympan? C'est tout aussi possible et, dans le cas actuel, c'est probable.

L'état fébrile avec frissons intermittents, les hautes températures observées semblent indiquer, d'après ce qu'admettait Fournet, qu'il s'est produit des éruptions granuleuses survenant à des intervalles très rapprochés.

Sous le titre de rhumatisme articulaire à début auriculaire, j'ai donné il y a quelque temps à la Société d'otogie la relation d'un cas intéressant d'otite moyenne datant de quatre jours et disparaissent complètement le cinquième jour lorsque se manifesta un rhumatisme arti-

culaire aigu ayant envahi les épaules et les coudes. C'est une variété d'invasion auriculaire.

Maintenant que la plupart des otologistes ne sont plus seulement des spécialistes mais encore des médecins ayant de sérieuses connaissances en clinique, ces faits qui pouvaient passer inaperçus seront relevés et éclaireront le diagnostic dans des cas douteux.

En somme il résulte de ces observations qu'il faut être fort réservé dans le pronostic et ne pas regarder comme des affections purement locales ces inflammations aiguës de l'oreille moyenne qui peuvent dans certains cas être la première étape d'une maladie générale dont l'invasion a lieu par l'oreille.

M. Miot demande quelques explications sur le terme de *granulie aiguë* employé par son honorable confrère, car l'inflammation des sinus mastoïdiens suffit pour expliquer la mort du malade.

M. Ménière dit que ce diagnostic avait été établi par les médecins qui avaient donné leurs soins au malade ; quant à lui, appelé à soigner les oreilles, il n'avait pas eu à donner son avis sur l'état général. Le malade avait eu la fièvre typhoïde autrefois, et l'on avait cru un instant avoir de nouveau affaire à une seconde fièvre typhoïde. M. Ménière croit que l'otite a été la porte d'entrée de la granulie aiguë, car le malade fut enlevé en quatorze jours par la tuberculose pulmonaire aiguë.

M. Gellé demande s'il y a eu une otite antérieure et si, au moment où M. Ménière a vu le malade, il n'y avait pas de gonflement inflammatoire du faisceau vasculo-nerveux carotidien.

M. Ménière répond qu'il n'a trouvé ni le gonflement dont parle M. Gellé, ni l'état inflammatoire de la gorge, ni suppuration, ni perforation de la membrane du tympan.

M. Gellé est persuadé que, dans le cas rapporté par son confrère, il existait un état pathologique antérieur grave ; il

croit que c'est un état aigu enté sur une otite chronique indolente. La température élevée, 39°, les frissons constatés par M. Ménière, sont, quant à lui, les indices d'une affection plus profonde, plus générale, d'une sorte de panotite en un mot.

M. Miot est d'avis que l'inflammation a gagné les cellules mastoïdiennes et envahi les sinus.

Séance du 14 avril, neuf heures et demie du matin.

Présidence de M. Gouguenheim.

M. le Président ouvre la séance et soumet au vote de l'assemblée la nomination de M. le docteur Ruault, de Paris, présenté par MM. Baratoux et Moure, et celle de M. le docteur Sheridan, de Montréal, présenté par MM. Baratoux et Moura.

Cette nomination est adoptée.

7° Cédant ensuite le fauteuil de la présidence à M. Garel, vice-président, il donne lecture et communication de son travail intitulé : **Glottes supplémentaires.**

M. Moure observe que le titre de la communication aurait dû être : *cordes vocales supplémentaires* et non *glottes*, la glotte étant un espace vide compris entre les vraies cordes vocales et ne pouvant donner lieu à des vibrations.

« Nous avons tous eu l'occasion, dit-il, d'observer des malades comme celui dont parle M. Gouguenheim. Plusieurs fois, j'en ai rencontré qui, n'ayant plus de cordes vocales, parlaient à l'aide de bandes ventriculaires suppléant en quelque sorte les vraies lèvres de la glotte ; la voix était rauque mais sonore. »

M. Gouguenheim a déjà signalé en commençant sa lecture le défaut d'exactitude de l'expression, glotte supplémentaire, puisque les cordes vocales inférieures ne peuvent être suppléées par aucune autre partie du larynx.

M. Moura dit que l'on a assez souvent des cas dans lesquels les replis supérieurs et même des productions cicatri-

cielles permettent, à défaut des vraies lèvres vocales, de parler, de faire entendre une certaine voix; mais cette voix n'est pas celle qui donne une série ascendante ou descendante de sons. Ces fausses cordes sont susceptibles de vibrer comme des lèvres; elles communiquent à la voix un timbre bas, jamais élevé. Leurs vibrations sont des vibrations d'emprunt presque toujours.

M. Vacher comprend sous le nom glotte non seulement l'intervalle qui sépare les cordes vocales inférieures mais aussi le bord libre de ces cordes. Il n'admet pas que celles-ci puissent être suppléées comme cordes vibrantes et sonores. La voix se compose d'une série de notes ascendantes et descendantes engendrées par les vibrations des replis inférieurs de la glotte.

M. Gouguenheim répondant à M. Vacher dit que le malade qu'il a observé pouvait monter la gamme dans l'étendue d'une octave, mais il ne l'a pas examiné au point de vue des registres; il lui semble inadmissible que les cordes vocales supérieures aient pu, par leur vibration, dans ce cas particulier, engendrer les sons qui étaient produits. Il admet volontiers, avec son confrère, que des bruits peuvent être émis par d'autres parties que par les cordes vocales inférieures, mais il n'accepte pas, comme le veulent MM. Moure et Joal, que les notes supérieures musicales de la voix puissent être attribuées au fonctionnement d'un organe déformé ne pouvant donner que des sons informes.

M. Joal admet, comme M. Moure, que les replis supérieurs peuvent vibrer dans certaines circonstances quoique les replis inférieurs soient détruits. Le fait cité par M. Gouguenheim n'est pas une rareté pathologique. On voit de temps à autre des malades qui ont les cordes vocales inférieures détruites par le processus tuberculeux ou syphilitique produire des sons vocaux par le rapprochement des cordes vocales supérieures. J'ai parfaitement observé le phénomène tout récemment chez un malade que j'avais l'intention de présenter à la Société; ce malade a été examiné par plusieurs médecins qui avaient suc-

cessivement diagnostiqué : *Syphilis, Epithélioma, Tuberculose*. Les cordes vocales inférieures étaient totalement détruites ; lorsqu'il n'y a pas de poussée inflammatoire, le malade parle avec une voix très grave ; s'il survient des phénomènes aigus, il parle avec une voix de fausset. Pendant la phonation on voit très bien les cordes vocales supérieures se rapprocher.

8° Otorrhée compliquée, par M. Delie, d'Ypres (1).

M. Gellé. — L'observation si intéressante que l'on vient d'entendre lui fournit l'occasion d'appeler l'attention de ses collègues sur le danger de l'allaitement dans le cas d'anciennes affections suppuratives des oreilles. Il n'est pas douteux que chez la malade de M. Delie, les fatigues et les dépenses de l'organisme, liées à l'allaitement, ont contribué à réveiller la vieille affection auriculaire et déterminé une poussée diathésique nouvelle sur ce mauvais terrain. Une femme atteinte d'otorrhée grave dans le jeune âge, otorrhée que la menstruation a toujours augmentée et que la grossesse a manifestement aggravée, ne doit pas être sollicitée à donner le sein.

J'ai déjà plusieurs exemples des complications les plus graves survenues dans ces conditions. Tout récemment, j'ai assisté à l'évolution fatale des complications cérébrales méningées et vasculaires que vient de nous décrire M. Delie. Une jeune femme de trente ans allaitant son enfant de trois mois mourut en huit jours ; elle avait de l'otorrhée des deux côtés et l'examen fait pendant la crise terminale a montré l'existence de lésions profondes : l'absence des tympans et des osselets, le rocher à nu, le stylet touchant la paroi osseuse labyrinthique dénudée.

Pendant vingt ans, cette femme avait à peine eu à s'occuper d'un écoulement extrêmement peu abondant et passager.

M. Noquet se demande si dans les faits cités il n'y avait pas lésion de l'apophyse mastoïde ? Il a observé que des phénomènes douloureux se manifestent dans cette région et que la trépanation, en permettant l'écoulement de la suppuration, amène la guérison.

(2) Voir page 234.

M. Delie répond qu'il n'a rien observé du côté de l'apophyse, ni douleur, ni engorgement, ni ganglions. Pour procéder à la trépanation, il eût fallu des indications qui faisaient défaut. Il a eu l'occasion de faire cette opération sur un malade qui fut guéri peu de jours après. Mais dans le cas présent, il n'y avait aucun symptôme morbide du côté de l'apophyse mastoïde. Il n'a pas eu à regretter de n'avoir pas opéré; il n'aurait pas sauvé le malade, car l'inflammation résidait dans la paroi osseuse supérieure du conduit auditif externe.

9° **Classification des muscles du larynx**, par M. Moura (1).

10° Observation de **chancre induré de la fosse nasale droite**, par M. Moure, de Bordeaux (2).

M. Poyet croit devoir faire des réserves à propos du volume du chancre observé par M. Moure. Il n'a pas connaissance d'une transformation semblable et il se demande si cette tumeur était bien cette petite ulcération indurée, connue de tous, qui ne dure souvent que quelques jours et qui aurait, dans le cas présent, formé tumeur.

M. Moure répond que le fait du bourgeonnement du chancre des muqueuses n'est pas rare; il l'a constaté sur les lèvres et sur l'amygdale; quant à l'apparition des accidents secondaires avant la disparition du chancre, c'est là un fait assez commun.

M. Boucheron. — Le chancre des muqueuses sous forme d'ulcérations, de plaques, acquiert en effet parfois le volume d'une tumeur; il faut tenir compte de ce développement au point de vue du diagnostic.

M. Noquet a constaté cet aspect du chancre sur la muqueuse du prépuce.

M. Gouguenheim demande à M. Moure s'il y avait de l'induration dans le cas qu'il a présenté; il n'en a pas entendu

(1) Sera publié.
(2) Sera publié.

parler dans son observation. Il appuie la remarque faite par son collègue, M. Poyet, quant à la durée éphémère de l'ulcération primitive.

M. Moure répond que le chancre étant situé sur la cloison, c'est-à-dire un plan fibro-cartilagineux, il était impossible de constater l'induration dont l'existence était sans grande valeur dans ce cas. Il ajoute avoir dit que la tumeur était lardacée et la consistance assez dure, rénitente.

M. Gouguenheim convient de la difficulté de cette constatation ; il ajoute que ce symptôme peut quelquefois être perçu dans une sphère assez étendue et que sa constatation aurait pu servir au diagnostic. Comme M. Moure, il reconnaît que la coïncidence des accidents secondaires n'a rien de surprenant, l'accident primitif étant déjà ancien.

11° **Tumeur du corps thyroïde**, par M. le Dr Aigre, de Boulogne-sur-mer (1).

12° Présentation d'instrument : **Fraise pour le raclage des cordes vocales**, par M. Garel, de Lyon.

Nous connaissons tous combien il est souvent difficile d'obtenir la disparition de l'hyperplasie chronique des cordes vocales par les moyens ordinaires. Badigeonnages au pinceau, caustiques solides ou liquides, pulvérisations, etc., sont souvent d'une inefficacité remarquable. Et pourtant, quand on aperçoit sur une corde vocale une plaque rougeâtre, plus ou moins étendue, la première idée qui surgit est de trouver le moyen d'extraire cette nappe inflammatoire, d'épaisseur variable, par un procédé rapide.

Le professeur Labus, de Milan, en 1880 a publié une brochure intitulée : *Sullo scorticamento delle corde vocale* (*décortication des cordes vocales*). Dans cette note, il préconise la décortication des cordes à l'aide des petites pinces à polype de Türck, à mors horizontaux, dirigés

(1) Sera publié.

d'arrière en avant. Il déclare que cette méthode est inoffensive et donne rapidement des guérisons durables.

C'est pour lui la meilleure méthode de traitement de l'inflammation chronique de la muqueuse des cordes. Il cite à l'appui plusieurs cas de guérison chez des chanteurs italiens et français.

L'idée du professeur Labus était excellente, mais nous croyons que l'opération pratiquée à l'aide de la pince à polype ne doit pas être le dernier mot sur la question. En 1884, nous avions déjà cherché à construire à cet effet une sorte de sonde laryngée terminée par un bouton d'acier taillé en râpe à son extrémité inférieure. Cet instrument n'était pas d'un emploi très commode et ne pouvait être appliqué qu'à des cas limités.

En 1885-86, dans le Tome V des *Archivii Italiani di laringologia*, le Dr Giulio Masini a publié un article ayant pour titre : *Il Raschiamento delle corde vocali.*

Dans son mémoire, l'auteur est profondément étonné de ce que le professeur Labus ayant publié ses expériences depuis cinq ans, personne n'ait plus ouvert la bouche sur la question, ni publié une seule observation. Il ajoute même qu'il est étrange qu'aucun étranger n'ait eu l'idée de copier exactement la méthode indiquée et de la donner comme sienne et comme chose nouvelle, comme cela arrive fréquemment et comme le professeur Labus en sait quelque chose au sujet de son laryngofantôme.

Il paraît, d'après cette phrase, que les revendications du professeur Labus à notre égard ne sont point encore éteintes.

Nous nous contenterons de rappeler au Dr Masini que nous n'avions jamais omis dans aucune publication, au sujet de notre mannequin laryngoscopique, de distingner les points appartenant à M. Labus de ceux nous appartenant d'une façon absolument personnelle. Ceci soit dit en passant pour répondre à cette critique plus ou moins risquée des confrères étrangers, critique qui n'avait que faire dans une question de raclage des cordes vocales.

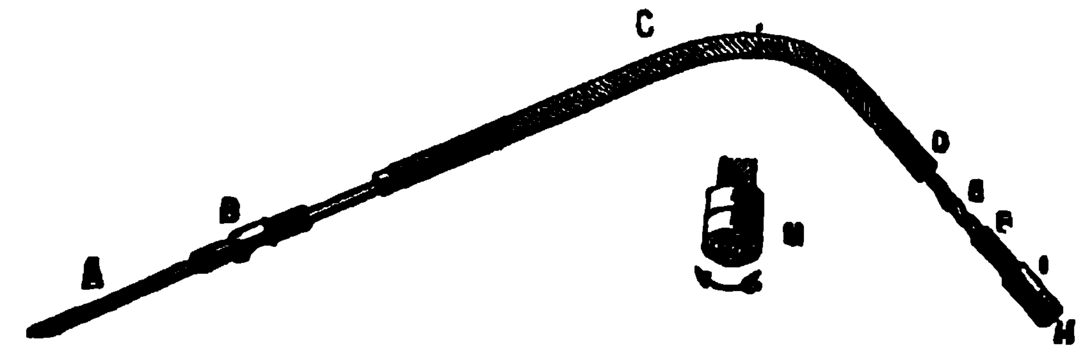
Nous revenons donc à la partie substantielle du mémoire de M. Masini. L'auteur déclare avec raison que depuis la publication de M. Labus, on peut obtenir la cure radicale de la laryngite catarrhale chronique hyperplasique et que la cocaïne permet d'opérer avec précision et sécurité. Il cite à l'appui deux cas cliniques guéris par ce traitement fort habilement appliqué d'ailleurs.

Il s'est servi également de la pince de Türck ; mais pour le bord des cordes, il a été obligé d'employer la pince de Schrotter.

Nous voyons aussi que le traitement chirurgical de cette forme de laryngite a presque seul une valeur réelle. Mais, étant donné que les tissus pathologiques sont ordinairement plus friables que les tissus normaux, nous croyons qu'il y a avantage à substituer le raclage à la lime ou à la râpe à la décortication avec la pince.

Comme l'action d'une râpe promenée d'avant en arrière et d'arrière en avant sur les cordes vocales n'est pas toujours parfaite, nous avons imaginé et fait construire une sorte de fraise animée d'un mouvement de rotation sur elle-même et montée à la façon d'une vrille.

Quant au raclage des bords des cordes vocales, nous rappellerons que Michæl a construit une lime laryngée parfaitement appropriée à ce but. Les curettes de Gottstein, de Krause sont également utiles.



Description de l'appareil. — L'appareil a été construit sur les mêmes dimensions que les divers appareils qui se fixent sur le manche universel de Störck, ou manche à trois anneaux. Cette disposition est fort heureuse, car elle dispense le chirurgien de posséder un manche spécial à cet instrument.

La figure ci-jointe représente les détails intérieurs. Tout le mécanisme est enfermé dans un tube de métal non représenté sur la figure. Ce tube se visse sur les pièces B et I. L'appareil se fixe sur le manche de Störck : la pièce B fixée par la vis de pression de l'extrémité du manche est ainsi immobilisée. La tige A est saisie par la deuxième vis du manche, c'est-à-dire par la vis mobile faisant corps avec les deux anneaux.

Cette tige A rigide vient s'adapter à une pièce G ou ruban en laiton contourné en spirale. Cette disposition permet les mouvements de va-et-vient commandés par le manche, mouvements qui doivent se passer dans l'intérieur d'un tube coudé.

A l'extrémité du ruban de laiton est soudé un écrou minuscule D qui, grâce à l'immobilité de la pièce I, peut courir de haut en bas et de bas en haut sur une tige d'acier carrée E, spiralée par torsion sur son axe. La tige d'acier traverse la pièce I et se termine par une tête H à l'extrémité de l'instrument.

L'extrémité H est représentée à peu près en grandeur naturelle en M. Sa face inférieure est taillée en râpe fine. Lorsqu'on fait mouvoir le manche à trois anneaux, l'extrémité M exécute un mouvement de rotation sur son axe comme l'indique la flèche de la figure. En aucun cas, la pièce H ne peut se détacher et tomber dans le larynx, car elle est retenue en F par un double écrou (1). L'appareil une fois monté est solide, son mouvement est très doux, à la condition de graisser le mécanisme intérieur à l'aide de quelques gouttes d'huile de pétrole. La seule précaution à prendre consiste dans un nettoyage parfait, après chaque opération; cela est d'autant plus facile que le démontage s'opère rapidement sans la moindre difficulté. Il est possible, suivant les cas, de donner aux dents de la fraise des dimensions plus ou moins grandes suivant l'épaisseur du tissu dont on doit

(1) Je dois la construction de cet instrument délicat à l'obligeance de M. Lafay, fabricant d'instruments de chirurgie à Lyon.

opérer le raclage. J'insiste encore sur ce point qu'il n'est qu'une addition à la série des instruments variés se montant tous sur le manche universel de Störck.

Comme il y a peu de temps que je possède l'instrument en question, je ne puis donner encore des renseignements absolus sur sa valeur définitive, néanmoins j'ai déjà eu l'occasion de m'en servir quatre ou cinq fois dans des cas d'hyperplasie localisée à une seule corde vocale ; tous mes malades sont encore en traitement ; sur trois, j'ai déjà constaté une notable amélioration de la voix. Chez l'un d'entre eux surtout, dès le premier raclage, j'ai fait disparaître la rougeur de la corde droite sur les deux tiers de sa longueur. Chez une autre également la rougeur de la corde gauche a totalement disparu.

Cet appareil est, je crois, appelé à rendre de grands services, car il pratique le raclage parfait des parties hyperplasiées, beaucoup mieux qu'une simple tige non mobile taillée en râpe à l'extrémité, comme j'avais tenté de le faire tout d'abord. Son mouvement de torsion, son action légère en profondeur rendent l'opération du raclage des cordes vocales facile et inoffensive surtout maintenant que l'on possède l'anesthésie par la cocaïne. Je suis convaincu que dans un grand nombre de cas les professeurs, les chanteurs, en un mot tous ceux qui sont atteints d'hyperplasie des cordes vocales, pourront trouver rapidement une guérison plus ou moins complète grâce à cette opération. Enfin, vu l'importance acquise aujourd'hui par l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose laryngée, il est certain que cet appareil facilitera le raclage préliminaire des cordes qui est indispensable avant l'application de ce modificateur puissant.

M. Moura dit, à propos de cette présentation, qu'il a vu une jeune malade de Bordeaux sur laquelle il eut à faire le raclage des bords de la glotte en 1868. M. Moura avait examiné cette jeune personne en 1865 à Bordeaux même; elle portait sur la corde vocale gauche, entre la base de l'aryté-

noïde et le ventricule, une tuméfaction d'un rouge vif, peu saillante et se prolongeant sur une partie de la face ventriculaire de cette corde.

« Quelques années après, elle vint à Paris sur le conseil de son médecin, et je trouvai alors toute la glotte remplie d'une quantité de polypes en choufleurs. Je confectionnai immédiatement un petit instrument recourbé, à l'aide de deux fils de fer tordus ensemble, et je procédai au raclage. En huit jours la glotte fut débarrassée. Afin d'éviter le retour de pareilles végétations papillomateuses, je portai plusieurs fois une forte solution d'argent sur les parties malades. »

(A suivre.)

COMPTE RENDU DE LA RÉUNION

DES

OTOLOGISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD ET DE LA SUISSE

TENUE A VIENNE LE 11 AVRIL 1887 (1)

M. HEDINGER, de Stuttgard, a présenté un cas d'**ouverture de l'apophyse mastoïde.**

M. TSCHUDI, chirurgien-major, présente au nom de M. CHIMANI (de Vienne) une grande quantité de rochers intéressants, ayant subi des altérations, qui, la plupart du temps, ont été suivies de **thromboses du sinus** ; M. POLITZER vient à ce sujet montrer une pièce semblable.

M. DELSTANCHE (de Bruxelles) fait une communication sur le **rétrécissement du nez** et présente en outre, un appareil analogue à celui de Jurasz pour le *redressement de la cloison*. Des attelles en barbe de baleine et en gutta-percha servent à l'extérieur du nez à donner à cet organe la forme qu'on désire.

M. le Professeur BEZOLD (de Munich) de collaboration avec M. ROHRER (de Zurich) communiquent provisoirement par écrit des résultats statistiques sur l'**importance du procédé de Rinne.**

(1) D'après le *Münchener Medicinische Wochenschrift* no 16, 19 avril 1887.

M. Gradenigo (de Padoue) fait une communication sur l'**otite interne primitive,** avec présentation de pièces histologiques *parmi lesquelles une ossification pathologique de la lumière* du premier canal du limaçon est surtout intéressante.

M. Politzer présente aussi des **coupes** de semblables préparations provenant du défunt professeur Burckhardt-Mérian (de Bâle).

A ce moment, une adresse recouverte de 215 signatures ainsi qu'un portrait à l'huile du professeur Politzer lui sont remis pour fêter son vingt-cinquième aniversaire comme examinateur et comme professeur toujours dans la même salle de clinique.

M. le professeur Urbantschitsch (de Vienne) fait une communication sur les **troubles de la sensibilité survenant au pourtour de l'oreille dans les cas d'inflammation de la caisse du tympan.**

Il signale les différences considérables qui existent au toucher et à la température entre le côté malade et le côté sain, ainsi que les changements subits qui se produisent à la suite d'une injection d'air au moyen du cathéter ou d'une bougie.

M. Bing (de Vienne) présente : 1° un nouvel otoscope pour l'examen de la caisse du tympan ; 2° un second otoscope qui renferme un tube pourvu d'une embouchure par la raréfaction constante de l'air dans l'oreille externe.

M. Eitelberg (de Vienne) fait une communication sur les relations entre le **rachitisme et les maladies de l'oreille dans le jeune âge.**

M. Hartmann (de Berlin) vante les effets sédatifs et curatifs de la glycérine phéniquée (1/10e ou 1/20e) dans l'**inflammation aiguë du tympan et de l'oreille moyenne**, conformément à l'opinion de Bendelack, Hewtson et Leeds.

M. Pollack (de Vienne) fait une communication : 1° sur des **expériences cadavériques pour la production de l'emphysème autour de la trompe d'Eustache**, et 2° sur l'**ossification de l'anneau cartilagineux externe de l'oreille.**

M. Pins (de Vienne) fait une communication sur la **perforation du tympan.**

M. Gomperz (de Vienne) parle de l'emploi de l'antipyrine dans l'**otalgie nerveuse et du traitement des granulations de l'oreille moyenne**, au moyen de l'électrolyse et de l'excision du tympan.

M. Politzer fait une communication avec démonstration à l'appui sur un **cholestéatome de l'os pétreux**; après desquammation de l'épithélium, il se forme des concrétions bulbeuses ayant l'aspect d'un cholestéatome circonscrit dans l'intérieur de la muqueuse et qui sont constituées par de l'épithélium et de la cholestérine. On en a rencontré de différentes grosseurs qui, dans tous les cas, pouvaient amener l'usure de la paroi osseuse. Il présente aussi une préparation d'ulcération de la carotide interne due à une suppuration de nature tuberculeuse de l'oreille moyenne avec hémorrhagie mortelle. Enfin il présente, pour servir aux démonstrations anatomiques, des modèles en plâtre des rapports du tympan avec le marteau et l'enclume.

Il est présenté un cas de terminaison en cul-de-sac de la membrane du tympan dans la caisse de même nom.

M. Natier.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE.

Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs,
par le Dr Coupard.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade âgé de cinquante-deux ans, auprès duquel il fut appelé pour une affection du larynx de nature indéterminée et remontant à six

semaines. Comme symptômes: enrouement progressif et finalement aphonie. A l'examen laryngoscopique, M. Coupard constate que dans l'inspiration, les cordes ne s'écartent pas en arrière; au niveau de la pointe de l'apophyse vocale gauche existe une petite ulcération grisâtre, entourée d'un cercle rouge de la grandeur d'une tête d'épingle. Pas de tuméfaction du cou, ni d'engorgement ganglionnaire. Malgré tout, le diagnostic de compression des récurrents par adénopathie syphilitique fut porté et un traitement institué en conséquence. Huit jours après, amélioration, et successivement, la voix reprenait son timbre normal, en même temps que disparaissaient le cornage et l'enrouement. Plus d'oppression ni d'agitation, aspect normal de la glotte et des cordes, (*Journal de Méd. de Paris*, 15 août 1886.) M. Natier.

Sangsues dans le larynx, par Maissurianz.

Un paysan de cinquante ans se présente à la consultation se plaignant de difficultés de respirer, d'hémoptysie et d'enrouement. Trois semaines auparavant il avait, pendant la nuit, bu de l'eau d'une tasse, et quelque temps après ces symptômes étaient survenus. Le malade supposait qu'il avait une sangsue dans le larynx et, en effet, l'examen laryngoscopique démontra la présence dans un des ventricules de Morgagni d'une sangsue grosse comme un crayon, noir-grisâtre, luisante et se remuant faiblement. On l'enleva par la cricotrachéotomie.

Un garçon de seize ans avait bu dans une mare et avait absorbé deux sangsues : il put retirer l'une de sa bouche, mais l'autre glissa et amena des phénomènes de suffocation : à l'aide de la cocaïne on put l'extirper avec une pince. *(Revue internat. des Sc. méd., n° 1, 1887.)*

Cas de mutisme hystérique chez l'homme (Leçon de Charcot, recueillie par le Dr Gilles de la Tourette).

Dans le mutisme hystérique, le malade n'est pas seulement aphone, il est muet dans la véritable acception du mot. La durée est extrêmement variable; tantôt de quelques heures,

de quelques jours à peine, on l'a vue s'étendre à des mois ou à des années même. La guérison est la règle.

Dans le mutisme hystérique, bien que le malade ait conservé l'exécution intégrale des mouvements vulgaires, qu'il puisse souffler, siffler comme à l'état normal, *il lui est désormais impossible d'articuler un mot même à voix basse, de chuchoter autrement dit*, et même en y portant la plus grande attention, *d'imiter les mouvements d'articulation qu'il voit faire devant lui*. Le malade est donc *muet*, dans l'acception la plus rigoureuse du mot. Il est plus que *muet*, il est *aphone*.

Et cependant le muet hystérique a conservé toutes les ressources de son intelligence ; non seulement il est apte à s'assimiler tout ce qui lui est transmis par l'ouïe et par la vue, mais en outre il possède la possibilité de se faire comprendre par la mimique et aussi de transmettre sa pensée à l'aide de l'écriture. Il présente en outre le plus souvent les stigmates de l'hystérie; rétrécissement du champ visuel, hémaniesthésie simple ou double, troubles sensoriels divers, anesthésie pharyngée, etc.

Le malade qui fait le principal sujet de cette leçon est un ouvrier âgé de trente-trois ans. Il est muet depuis trois semaines. C'est la seconde attaque de ce genre dont il est atteint. La première, survenue comme celle-ci après une laryngite légère, disparut subitement par l'application du miroir laryngien. Il présente tous les signes que nous venons de décrire comme étant caractéristiques du mutisme hystérique, il faut en excepter cependant chez lui les *stigmates* de l'hystérie qui font défaut. Le mutisme se présente donc, dans ce cas, à titre d'accident solitaire mono-symptomatique. (*Le Progrès Méd.*, 13 novembre 1886.) Dr Ch.

Diagnostic différentiel des végétations syphilitiques et tuberculeuses *(Diagnostico entre las vegetaciones sifiliticas y las tuberculosas)*, par el Dr José Roquer Casadésus.

Ces végétations, dit l'auteur, en résumant une longue observation d'un malade atteint de grosses végétations spécifiques, diffèrent quant à leur volume, leur forme, leur

couleur, leur siège d'implantation et les lésions de la muqueuse qui les supporte. Les végétations syphilitiques sont de coloration rosée, s'implantent en un endroit quelconque du larynx, et plus particulièrement sur l'épiglotte, acquièrent un grand développement alors qu'au contraire les productions tuberculeuses sont pâles, d'un volume restreint et s'implantent habituellement sur la muqueuse des aryténoïdes.

Le traitement mercuriel et ioduré n'a eu aucune action sur les végétations du malade objet de l'observation de M. Casadésus. (*Rivista di Laryng., etc.*, n° 4, 1886).

Anévrisme de la crosse de l'aorte chez un syphilitique, accès de suffocation et hémoptysies prises d'abord pour des accidents de tuberculose pulmonaire et ensuite de syphilis laryngée. Trachéotomie. Mort. Autopsie. Perforation de la trachée par l'anévrisme, intégrité du larynx et absence de tuberculose du poumon, par le Dr Monnier.

Le titre de cet article est une véritable analyse de l'observation qui en fait le sujet. Le malade avant d'entrer à l'hôpital avait été examiné au laryngoscope, par un spécialiste qui avait constaté une paralysie complète de la corde gauche et qu'il avait attribuée, soit à une lésion syphilitique, soit à un anévrisme de l'aorte. Le malade, pris d'accès de suffocation, entra à l'hôpital. On ne fit pas l'examen au laryngoscope *par crainte de crise de suffocation*. Ce fut un tort, un examen bien fait ne donne ordinairement pas de crise, et il aurait empêché une trachéotomie inutile dans le cas actuel. Le malade mourut avec tous les symptômes d'asphyxie par engoûment pulmonaire. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 36, 4 septembre 1886.) Dr J. Ch.

Laryngite syphilitique non ulcérée (*Laringopatica sifilitica no ulcerada*), por el Dr Bassols Prim.

A côté des lésions ulcéreuses, condylomateuses, etc., qui se produisent dans le larynx pendant l'évolution de la syphilis, il existe une autre classe de lésions moins profondes qui se manifestent au début de cette affection, et qui altèrent d'une manière plus ou moins persistante le fonctionnement

de cet organe. C'est sur ce point, peu ou mal étudié, assez controversé, que M. Bassols Prim veut attirer l'attention des spécialistes.

Le plus souvent, ce sont des laryngites qui ne se manifestent que par une altération de la voix devenue rauque. Pas de toux, d'expectoration, de douleur dans la déglutition. Cette absence de douleur contraste avec les troubles organiques que l'examen laryngoscopique décèle. L'épiglotte est épaissie, cachant en partie l'orifice glottique, sa muqueuse est rougeâtre, d'apparence sèche et brillante; il en est de même de la muqueuse des cordes vocales. Elles n'ont, en réalité, rien de bien caractéristique et de toutes les altérations spécifiques, ce sont les moins spécifiques. Cela est si vrai que pour elles, plus que pour toutes les autres, les précautions hygiéniques sont nécessaires. De leur stricte observation dépend en partie la guérison, et comme on les néglige d'ordinaire, la persistance des laryngites de cette nature est désespérante. (*Rivista di Laryng.*, n° 4, 1886.)

Note sur les déterminations tardives de la rougeole sur le larynx, par Henri Barbier.

Les déterminations tardives de la rougeole sur le larynx peuvent donner lieu à des symptômes alarmants de suffocation et nécessiter même la trachéotomie. Souvent, en effet, il arrive qu'un enfant, à la suite de rougeole, est pris de dyspnée laryngée; on diagnostique un croup d'emblée et l'enfant est envoyé à l'hôpital dans un pavillon d'isolement. On comprend tout de suite les conséquences d'une semblable erreur.

Le larynx peut être frappé à toutes les périodes de la maladie :

I. *Laryngite précoce de la rougeole.* — Elle est anatomiquement constituée par l'extension à la muqueuse laryngée du catarrhe que l'on observe ordinairement sur les muqueuses oculaire et nasale; symptômes cliniques insignifiants.

II. *Laryngite éruptive et laryngite tardive.* — Avec l'éruption, apparaissent la laryngite érythémateuse et

l'énanthème rubéolique de la muqueuse. En outre des accès compliqués de faux croup, on trouve dans la laryngite du début et dans celle de la période d'éruption, le timbre voilé de la voix, les quintes de toux férine qui sont les signes de l'irritation laryngée. Laryngite intense, ulcérations, œdème, spasmes, tels sont les différents modes de procéder propres à la laryngite rubéolique. Dans un cas observé par M. Descroizilles, la présence d'un abcès périlaryngé avait déterminé de violentes crises de suffocation et nécessité la trachéotomie. M. Barbier croit bon d'attirer l'attention sur la stomatite aphteuse qu'on rencontre parfois dans la rougeole, et qui pour West n'est autre autre qu'une variété de croup très dangereuse. Archambault semble rattacher ces aphtes à la diphtérie.

Les laryngites rubéoliques graves, offrent, d'après l'auteur, les caractères suivants :

Début lent ; accès de suffocation rares, inspiration sifflante et pénible ; voix éteinte, mais reparaissant quand les enfants crient ; toux stridente, éraillée ; larynx parfois douloureux à la pression. Elles peuvent nécessiter la trachéotomie, mais les chances de guérison seront plus grandes que dans le croup postrubéolique. Les poussées d'angine et de stomatite aphteuse qui les accompagnent pourront être utiles au diagnostic. Comme lésions, inflammation intense avec exsudation purulente ou ulcérations de la muqueuse, ou enfin abcès périlaryngé. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, décembre 1886.) M. NATIER.

Un cas de tumeur intra-trachéale, par les Drs MACKENZIE JOHNSTON et JOSEPH COTTERIL.

Il s'agit d'une jeune fille âgée de treize ans, d'une constitution vigoureuse, qui depuis trois mois éprouvait une gêne considérable de la respiration ; elle se présente au Dr Mackenzie le 14 septembre 1885.

A l'examen laryngoscepique, le larynx apparaît normal et largement ouvert, l'épiglotte relevée. En examinant au-dessous des cordes vocales, on aperçoit dans la trachée, en apparence à un pouce, très probablement à un pouce et

demi au-dessous du cricoïde, une petite masse arrondie du volume d'un noyau de cerise. La tumeur paraît obstruer la lumière tout entière du canal, et s'insérer sur la paroi postérieure, elle paraît ne laisser du côté droit qu'un espace linéaire pour le passage de l'air. Elle paraît sessile. L'introduction d'une sonde dans la trachée pour s'assurer exactement de sa consistance et de son point d'ouverture, occasionne un spasme violent. La tumeur fut enlevée avec succès par la trachéotomie, par le Dr Cotteril. Après l'ablation et la guérison de la plaie trachéale, on ne voit plus dans la trachée à l'examen laryngoscopique la moindre trace de la tumeur. La malade respire très librement. (*Edimb. Med. Journ.*, juin, 1887.)

Dr J. Ch.

Contribution à l'étude du rétréoissement spasmodique de l'œsophage, par le Dr Pflimlin.

L'auteur commence par se défendre de vouloir donner une étude méthodique et complète de l'affection, il ne veut y contribuer que dans une mesure restreinte. Il définit le rétrécissement spasmodique « une constriction plus ou moins complète et durable du conduit pharyngo-œsophagien » et le différencie des rétrécissements engendrés par d'autres causes.

L'auteur, au point de vue pathogénique, rejette comme tout à fait inadmissibles, les théories de Hoffmann et Willis. Il cite l'opinion de Prus qui rangeait les spasmes dans la dépendance du pneumo-gastrique. Meissner et Auerbach font intervenir des plexus ganglionnaires situés dans les parois de l'œsophage. Goltz admet aussi dans l'œsophage, l'existence de plexus ganglionnaires, soumis à l'influence modératrice de la moelle : que cette influence vienne à se supprimer et l'excitabilité des plexus amènera de la contracture des fibres lisses.

Deux sortes de causes peuvent produire le rétrécissement spasmodique : 1° les unes prédisposantes; 2° les autres déterminantes. Les premières, tenant au sujet même ou au milieu dans lequel il vit, sont : le tempérament dit nerveux ou nervosisme avec toutes ses conséquences, l'hérédité,

l'âge, le sexe, le bien-être, l'alcoolisme, les climats froids et une atmosphère chargée d'électricité.

Comme causes déterminantes : les passions tristes, la colère, la peur, certains médicaments, le bol alimentaire, les substances les plus variées, les traumatismes de tout genre. Il cite encore dans le même ordre les rétrécissements sympathiques, consécutifs aux altérations du larynx, des poumons, de l'utérus et de ses annexes, de l'estomac et des intestins.

L'auteur a soin de faire remarquer que les rétrécissements spasmodiques de l'œsophage reconnaissant des causes multiples, il n'est que juste de penser que l'intervention thérapeutique devra revêtir des formes différentes suivant la cause à laquelle elle s'adressera. Traiter la cause, telle devra donc être la première préoccupation du médecin dans un cas d'œsophagisme, et souvent, en agissant de la sorte, il verra du même coup, l'effet disparaître. Que si la cause ne pouvait être reconnue, ce serait alors au spasme lui-même qu'on s'adresserait par une action toute locale. Deux sortes de moyens peuvent être mis en œuvre contre l'œsophagisme : 1° les moyens médicaux ou pharmaceutiques; 2° le cathétérisme, remède souverain dans la plupart des cas.

Après dix observations dans lesquelles il s'attache à démontrer l'efficacité du cathétérisme, il revient sur la valeur de ce traitement pour réfuter l'opinion qui veut qu'on sache parfois s'en abstenir. Enfin, il termine par la description du mode opératoire usité pour cathétériser un œsophage. (*Thèse, Paris*, 1886, n° 236.) M. NATIER.

Conseil pratique sur la trachéotomie (*A practical hint on the performance of tracheotomy*), par le Dr W. L. BRADDON.

Dans la trachéotomie chez les enfants, au lieu de tenir immobile la trachée suivant la méthode ordinaire, qui consiste à tenir ce conduit entre les quatre doigts et le pouce de la main gauche, en tirant légèrement la peau, l'auteur conseille de placer sous la nuque la main aussi largement ouverte que possible et de porter ensuite graduellement les quatre doigts d'une part et le pouce de l'autre de chaque côté de la

trachée. La pression alors ne porte pas directement sur le canal aérien lui-même et l'on n'a pas à craindre d'augmenter ainsi la gêne respiratoire. (*The Lancet*, 20 novembre 1886.)

Dr J. Ch.

Contribution à la statistique de la trachéotomie (*Contributo alla statistica della tracheotomia*), par le Dr Francesco Egidi.

Après avoir décrit la conduite à tenir dans la trachéotomie, l'auteur rapporte neuf observations dans lesquelles il a pratiqué cette opération. Il a eu 4 cas de mort, non de l'opération mais de la maladie qui l'avait nécessitée (dipthtérie) et cinq cas de guérison Dans ces cinq cas, la maladie qui nécessita l'ouverture de la trachée fut le croup 4 fois, et une fois la sténose du larynx déterminée par une infiltration gommeuse de l'organe vocal (*Arch. ital. di laryng.*, anno VI, fasc. 3 et 4.)

Dr J. Ch.

Du diagnostic différentiel de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la tuberculose au début, par le Dr M. Mouktar.

Dans un historique rapide, l'auteur montre que si l'adénopathie trachéo-bronchique est reconnue depuis un temps assez long, sa différenciation avec la tuberculose pulmonaire, est au contraire de date toute récente. Il faut presque arriver aux travaux de Guéneau de Mussy, dont les premiers datent de 1868, et à la thèse inaugurale de Barety, publiée en 1874, pour voir la question sérieusement étudiée et le diagnostic différentiel établi d'une façon certaine. Il rappelle ensuite, en se fondant sur la thèse de Barety, la situation topographique des ganglions trachéo-bronchiques et fait remarquer les avantages qu'on retirera de cette connaissance dans les explorations plessimétriques.

La division du sujet comporte trois parties. Dans la première, sont étudiés les signes fournis par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation.

L'inspection de la poitrine, au début, ne saurait guère fournir de signes positifs. La présence d'une voussure sous-claviculaire, en l'absence d'emphysème, plaideraient en faveur d'une adénopathie, alors qu'au contraire, la dépression

de cette même région serait l'indice d'une tuberculose pulmonaire.

On pourra parfois, par la palpation, noter chez les phtisiques, une diminution de volume de la poitrine et une augmentation au contraire dans les cas d'adénopathie. Les vibrations vocales ayant été constatées dans les deux affections, sont de nulle valeur de même que la respiration bruyante perçue par la palpation.

Nous apprendrons par la percussion que les altérations du son dans l'adénopathie ont leur maximum au niveau des régions glanglionnaires : elles sont, au contraire, dans la tuberculose subordonnées au siège des tubercules. Tonalité et sonorité plus uniformes chez les adénopathes que chez les tuberculeux. L'élasticité sous le doigt manque beaucoup plus chez les derniers que chez les premiers. Les sensations douloureuses ou les quintes de toux provoquées par la percussion, se rencontrent dans les deux sortes d'affections.

M. Mouktar s'attache avec beacoup de soin à décrire les signes fournis par l'auscultation dans la tuberculose au début.

La seconde partie de la thèse est consacrée à l'étude des symptômes fournis par les modifications survenant dans les appareils respiratoire, circulatoire et digestif, ainsi que celles des systèmes nerveux et lymphatique.

A. — Du côté de l'appareil respiratoire, outre les symptômes déjà mentionnés, on pourra tirer des indications précieuses :

1° De *la dyspnée* qui aura une importance diagnostique d'autant plus grande au point de vue de l'adénopathie trachéo-bronchique, que son intensité sera elle-même plus considérable ;

2° *La toux* sèche, brève, passant souvent inaperçue dans la phtisie, est rauque et coqueluchoïde (Gueneau de Mussy) dans l'adénopathie ;

3° *L'expectoration* n'a guère de valeur diagnostique dans l'adénopathie, tandis que les caractères physiques et micros-

copiques des crachats peuvent aider puissamment au diagnostic de la tuberculose;

4° *L'hémoptysie* n'est ici mentionnée que pour mémoire, car elle est dans la majorité des cas, un signe pathagnonique de tuberculose et ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'elle pourrait se rattacher à l'adénopathie;

5° *Les troubles du larynx* et les *modifications de la voix*, existant dans l'une et l'autre affection, ont une valeur séméiologique et une pathogénie différentes. Dans l'adénopathie, consécutivement à la compression, on constate au laryngoscope de la paralysie d'une corde ou plus rarement de la contracture des muscles glottiques, amenant à leur suite toute une série de modifications dans le timbre de la voix. La laryngoscopie mettra aussi, dans la tuberculose laryngée, sous les yeux du médecin des lésions capables de chasser de son esprit le moindre doute;

6° L'auteur se borne à signaler la *spirométrie* qui pourrait fournir quelques résultats.

B. — Les troubles rencontrés du côté de l'appareil respiratoire peuvent porter ou sur le cœur ou sur les vaisseaux.

C. — Les symptômes fournis par l'appareil digestif sont, à la première période de la tuberculose : les troubles gastriques de tout genre (anorexie, vomissements, diarrhée continue, dyspepsie persistante).

La dysphagie de l'adénopathie peut revêtir un caractère d'intensité tout particulier; les vomissements observés en pareil cas, sont opiniâtres, répétés, en général précédés de nausées, parfois spontanés.

D. — La douleur sternale de l'adénopathie n'a rien de comparable à la haute valeur de la douleur du sommet au début de la tuberculose. Les modifications dans le diamètre de la pupille appartiennent presque exclusivement à l'adénopathie. Dans la tuberculose seulement, on peut voir l'intelligence atteinte dès le début.

E. — La gêne de la circulation lymphatique et les symptômes que l'on y pourrait rapporter (faux œdème des parties

dont les lymphatiques afférents sont engorg[illegible] été constatées jusqu'ici, que dans l'adénopath[illegible]

M. Mouktar, dans la troisième et dernièr[illegible] travail, indique les symptômes fournis par [illegible] l'aspect extérieur, l'état général, la marche [illegible] deux affections dont il fait l'étude, etc.

Enfin l'auteur donne huit observations [illegible] nelles où il était possible d'avoir des [illegible] tuberculeuse ou adénopathique de l'affection [illegible] laquelle on se trouvait. Il pose ensuite des co[illegible] sont autre chose que le résumé en général [illegible] termine sa thèse en donnant trois pages [illegible] phique (*Thèses*, Paris, 1886).

Opérations pratiquées sur le la[illegible]
par le Dr [illegible]

L'auteur, dans la première partie de ce[illegible] cinq observations de trachéo-laryngo[illegible] rentes causes avec des succès divers.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme [illegible] dysphagie persistante et d'aphonie [illegible] let 1874. Elle a eu un accès de suffocation [illegible] vint trouver l'auteur le 1er janvier 18[illegible] copique permet de constater sur un [illegible] excroissance [illegible] presque complètement [illegible] paraît intacte. Le 19 janvier, [illegible] mie et ablation de la tumeur. Le [illegible] canule. fistule trachéale. La [illegible] d'hémoptysie [illegible]

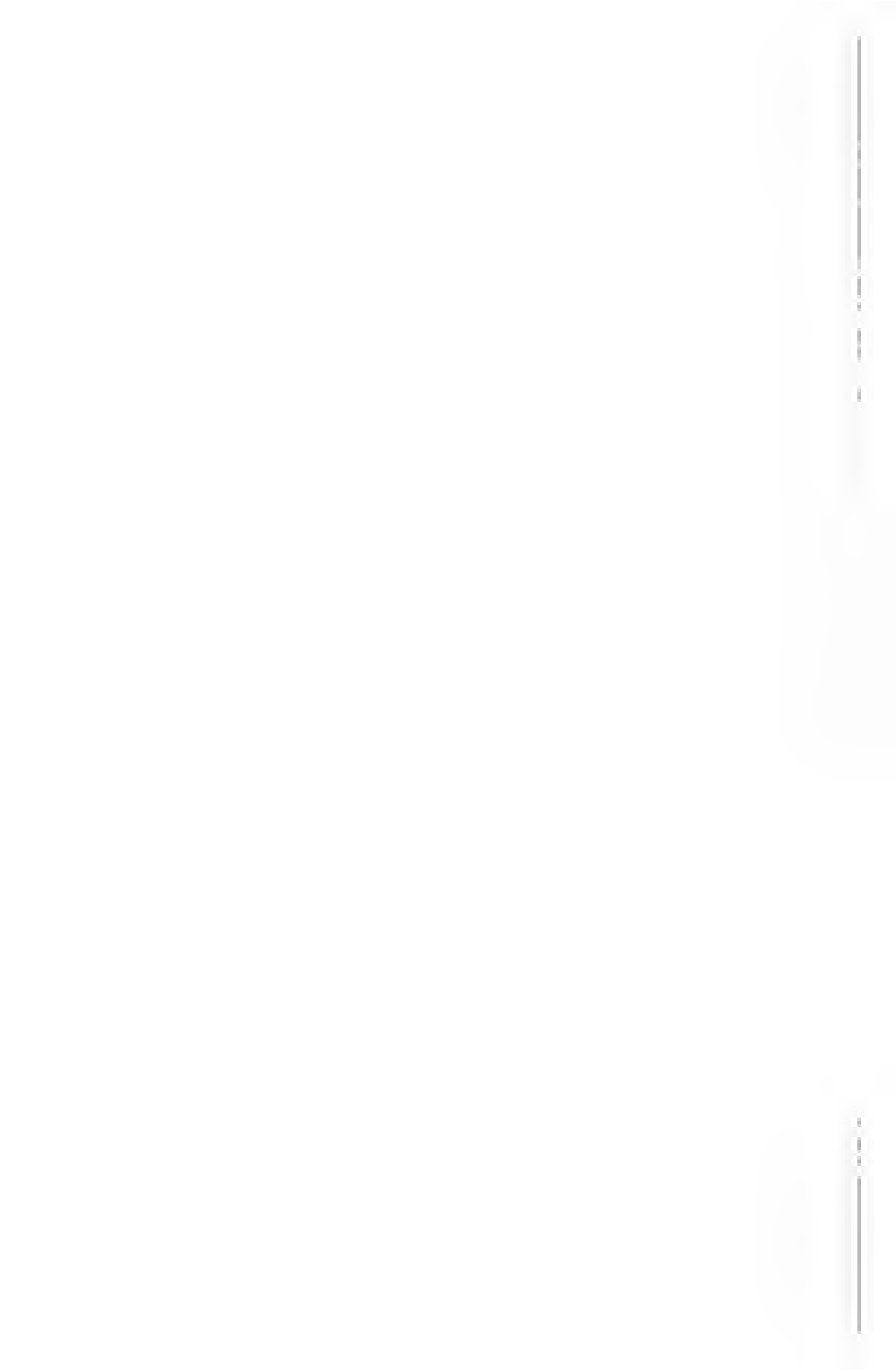
Dans le second cas, il s'agit d'une [illegible] A l'examen laryngoscopique on [illegible] tumeur volumineuse, largement [illegible] droite et remplissant [illegible] suffocation. Trachéo-laryngotomie [illegible] tumeur, qui est un [illegible] le 20 novembre. [illegible] voix ; elle sort [illegible]

La troisième observation est un cas de papillome corné du larynx ayant envahi la corde vocale droite; trachéo-laryngotomie, en une séance; résection d'une portion de la corde vocale; guérison; phonation non rétablie. Le malade, âgé de seize ans, avait eu de nombreux accès de suffocation. Il fut opéré le 14 août 1883. La canule fut enlevée le 22 août. Le 3 septembre, la guérison était définitive.

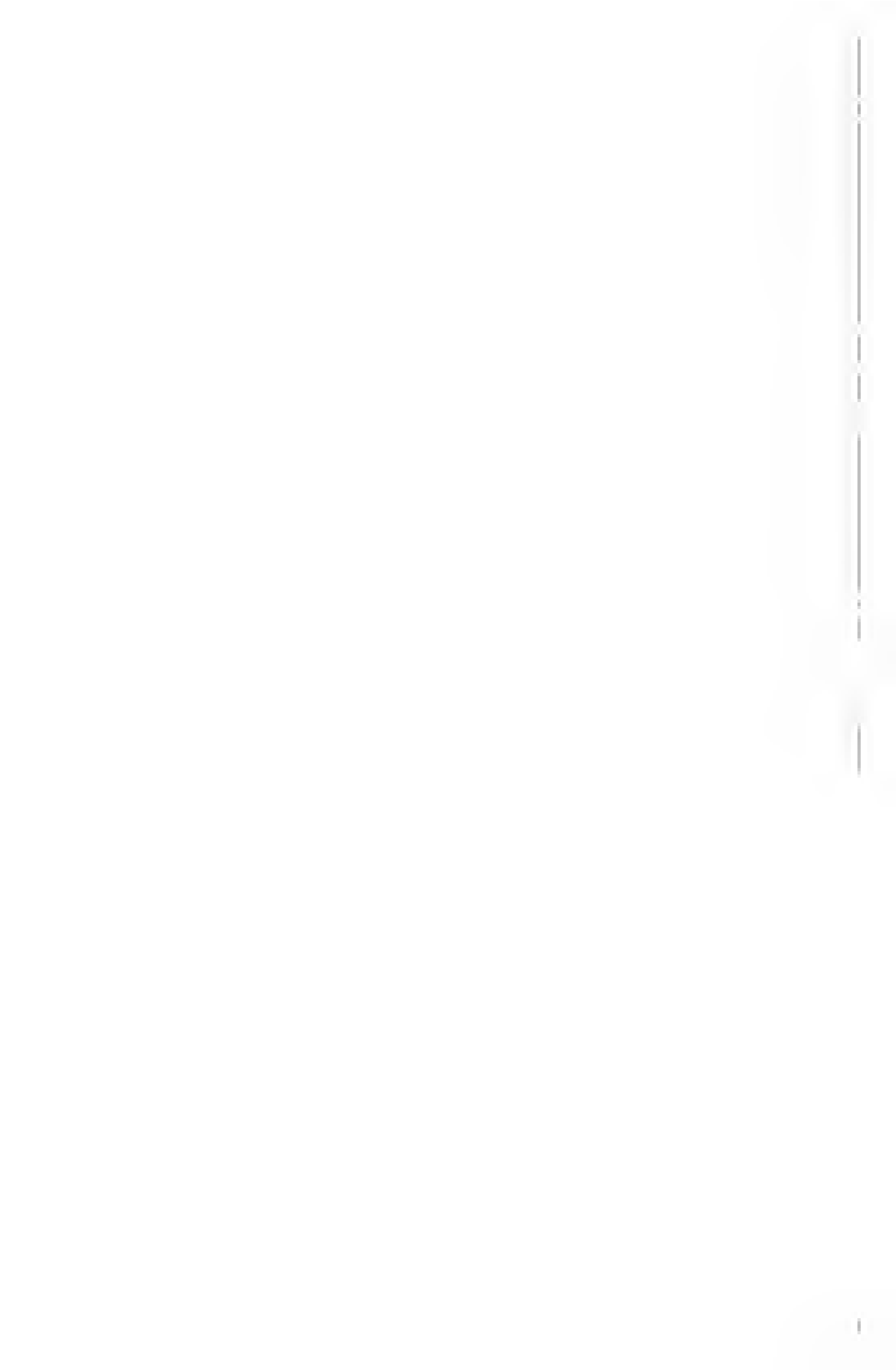
Le quatrième sujet, âgé de soixante-treize ans, avait un papillome à base sessile, remplissant tout le larynx et implanté très probablement sur la corde vocale gauche. La trachéo-laryngotomie fut faite. Le malade mourut de pneumonie septique due probablement au passage du sang dans la trachée. La canule de tamponnement aurait très probablement dans ce cas, conjuré les accidents.

Dans ce dernier cas, le malade, postillon, âgé de cinquante-trois ans, est adressé au Dr Bœckel, par le Dr Bedet, de Schirmer, pour un polype du larynx, ayant déterminé plusieurs accès de suffocation. Le malade était enroué depuis deux ans. La tumeur, remplissant tout le larynx, semblait s'implanter sur toute la longueur de la corde gauche. La trachéo-laryngotomie fut faite en une séance le 18 juin 1881. On constate alors que la tumeur occupe non seulement la corde gauche, mais encore tout lo sinus de Morgagni et le ligament ary-épiglottique du même côté. On l'extirpe à l'aide de ciseaux courbes. Le sinus est raclé à l'aide d'une curette tranchante. Une partie de la tumeur, enlevée avant l'opération à l'aide des pinces, fut examinée par le Dr Meyer. C'était un épithélioma. Le malade partit guéri le 7 juillet. Quatre ans et demi après, il ne présentait aucun signe de récidive. La voix est parfaitement revenue. Bien que les résultats obtenus soient en apparence assez satisfaisants, ne faut-il pas se demander si dans tous ces cas l'ouverture du thyroïde était bien indiquée et si l'opération intra-laryngée n'eût pas été préférable à tous les points de vue? (*Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1er novembre 1886.) Dr J. Ch.

Bordeaux.— Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.











l'obstruction simple de la trompe. — En présence de plusieurs traitements infructueux, on pouvait supposer aussi l'existence d'un rétrécissement cicatriciel, peut-être même d'une oblitération.

L'impossibilité de rendre la trompe perméable, par les moyens indiqués ci-dessus, m'a naturellement amené à me servir des bougies, dont l'emploi a échoué également.

Ces essais n'ayant donné aucun résultat, on pouvait être tenté d'employer la douche d'air à forte pression et d'avoir recours à la pompe à compression, conseillée par Politzer, dans des cas différents, il est vrai. On fait pénétrer l'air d'une manière continue dans le cathéter préablement fixé dans la trompe, sous une pression de 2 à 4/10 d'atmosphère, ou brusquement à une pression de plus de 8/10. Introduire de l'air d'une manière continue dans le cathéter assujetti dans la trompe à la pression de 1 à 4/10 d'atmosphère n'offre aucun danger, puisqu'il s'échappe au fur et à mesure de la trompe par son orifice pharyngien. Cer air n'exerce donc pas une action bien puissante sur l'obstacle. Pour qu'il en soit autrement, il faudrait préablement oblitérer la trompe avec la sonde. Et, en supposant qu'on y parvienne, l'air exercera une pression très forte sur une muqueuse altérée, peut-être lésée par les instruments, s'infiltrera dans les tissus et déterminera un emphysème plus ou moins considérable. L'air peut aussi surmonter tout à coup l'obstacle, pénétrer dans la caisse, et produire un traumatisme non seulement préjudiciable à la fonction de l'organe, mais à l'existence du malade.

Les lésions provenant d'une compression forte et lente seront encore plus fréquentes si on produit un choc brusque avec de l'air comprimé à une pression égale ou supérieure à 5/10 d'atmosphère.

En présence des fâcheuses conséquences que peut avoir l'emploi de l'air comprimé, j'ai renoncé à ce mode puissant de désobstruction, bien que connaissant le moyen d'atté-

d'autres régions, chez les diabétiques, sous l'influence d'une cause d'origine nervoso-vasculaire, ainsi que l'a fait remarquer Germain Sée, j'ai pensé qu'il y avait eu en même temps une modification dans la couche cellulo-adipeuse de la trompe d'Eustache.

L'obstacle franchi, fallait-il continuer les électrisations ou agir par d'autres moyens, pour rétablir la lumière de la trompe? Plusieurs procédés paraissaient indiqués :

1° Les insufflations d'air à forte pression, auxquelles j'ai renoncé pour les raisons énumérées précédemment, et parce que je ne les jugeais pas suceptibles de produire l'élargissement de la partie rétrécie;

2° La cautérisation de la trompe d'Eustache avec le nitrate d'argent, que les anciens médecins-auristes employaient volontiers, même avec excès. Je ne l'ai pas faite parce qu'elle aurait pu causer une inflammation aiguë de nature à s'étendre à la caisse;

3° La dilatation par les bougies. En présence d'une tuméfaction considérable et d'un œdème probable des parois de la trompe, leur emploi ne me parut pas indiqué. Leur introduction nécessitant des tâtonnements prolongés aurait certainement déterminé un certain degré de traumatisme;

4° La galvano-caustique chimique, moyen auquel j'ai donné la préférence et que j'ai appliqué deux fois dans le but d'exercer une action plus rapide et plus énergique sur la muqueuse. Dans l'intervalle des séances faites à onze jours d'intervalle, j'ai injecté, chaque jour, dans la trompe, quelques gouttes de solution de cocaïne au 10e, insufflé de la vapeur d'eau tous les deux jours, passé quelquefois des bougies, et soumis l'oreille à l'action du courant continu (le pôle positif sur la paroi latérale du cou au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur, le pôle négatif à l'avant-bras).

Huit jours après la seconde séance de galvano-caustique, une insufflation d'air par le procédé de Politzer a été pratiquée tous les matins.

Trélat. –
8 mars 18
Trélat —
(Gaz. de
Telschow
(Berl. K
Treimols.
med. u
Usiglio.
degli Os
Virchow
et *Deut*
Vilette.
l'extrem
Weir —
Soc, 8
Williams
Journ.
Weir —
Med. N
X.— Stat
enfants
1887

Sc

La Soc
nérale l
res du so
rois.

1° Corr
travaux
hém
du S
cliniq
de l'
Herr
atrop
subs
Glot
rhée
cles
indi
Rou
de l'
gno
de L
Me
bert
Paris
Gar

M. l
Giesse

Une bougie en corde à boyau est alors introduite jusqu'à la portion osseuse, maintenue à demeure quelques minutes. Pendant ce temps, je fais pencher la tête du malade du côté de l'oreille opérée, puis j'instille dans le cathéter quelques gouttes de solution de cocaïne, qui s'insinue encore plus profondément dans la trompe, sous l'influence d'une insufflation d'air faite par petits coups modérés. La corde est ensuite retirée et remplacée par la bougie creuse qui est poussée jusqu'à la portion osseuse. A ce moment, on maintient la tige métallique avec une main, on attire à soi la bougie d'une longueur égale à celle qui a été introduite dans la trompe. Le pôle négatif étant assujetti à cette tige pleine, le pôle positif étant appliqué sur la région mastoïdienne, je pratique la galvano-caustique en prenant les précautions indiquées en pareil cas. La durée de l'opération a été de deux minutes et l'intensité de trois milli-ampère au galvanomètre de Chardin.

Après avoir retiré la tige métallique, j'ai injecté quelques gouttes de solution de chlorate de potasse cocaïnée dans la trompe.

D'après ce qui précède, on voit que je n'ai pas agi sur la muqueuse de la trompe, de dedans en dehors, c'est-à-dire en allant de l'orifice pharyngien à l'orifice tympanique, mais latéralement sur toute la longueur de la trompe rétrécie, sans être obligé d'enfoncer progressivement la tige. De cette façon, cette dernière n'est pas introduite au hasard et ne peut pas pénétrer dans les parois de la trompe en faisant une fausse route. En exerçant une pression de dedans en dehors sur l'obstacle, il m'est arrivé un accident de ce genre, dont je me suis aperçu en voyant un emphysème se produire; celui-ci a été léger parce que j'ai cessé toute insufflation aussitôt que le malade m'a donné l'éveil, en portant vivement la main ;'angle de la mâchoire.

La fausse route doit être fréquente en pratiquant la gal-ıno-caustique de dedans en dehors, comme Mercié et ıratoux l'ont conseillée. Si elle n'a pas été constatée,

la dimension d'une petite noix à sa grosse extrémité. Cette extrémité adhère intimement au tissu de l'œsophage, l'extrémité inférieure étant au contraire libre dans la cavité du conduit.

Vaisseaux.— La carotide gauche légèrement repoussée en dehors ne présentait rien à noter.

La jugulaire primitive gauche avait acquis un développement considérable et était grosse comme le petit doigt. Elle était remplie et distendue par un tissu néoplasique ayant à la loupe l'aspect de celui de la tumeur, et se détachant très facilement de la paroi interne du vaisseau.

Une des veines thyroïdiennes présentant le volume d'un porte-plume se jetait perpendiculairement dans la jugulaire et était également remplie par le même tissu néoplasique.

Nerfs. — Le récurrent droit ne présentait rien d'anormal.

Quant au récurrent gauche, on le suivait très bien jusqu'à la limite inférieure de la tumeur ; à partir de ce point, il était impossible de le disséquer ni même de le retrouver dans l'épaisseur du néoplasme.

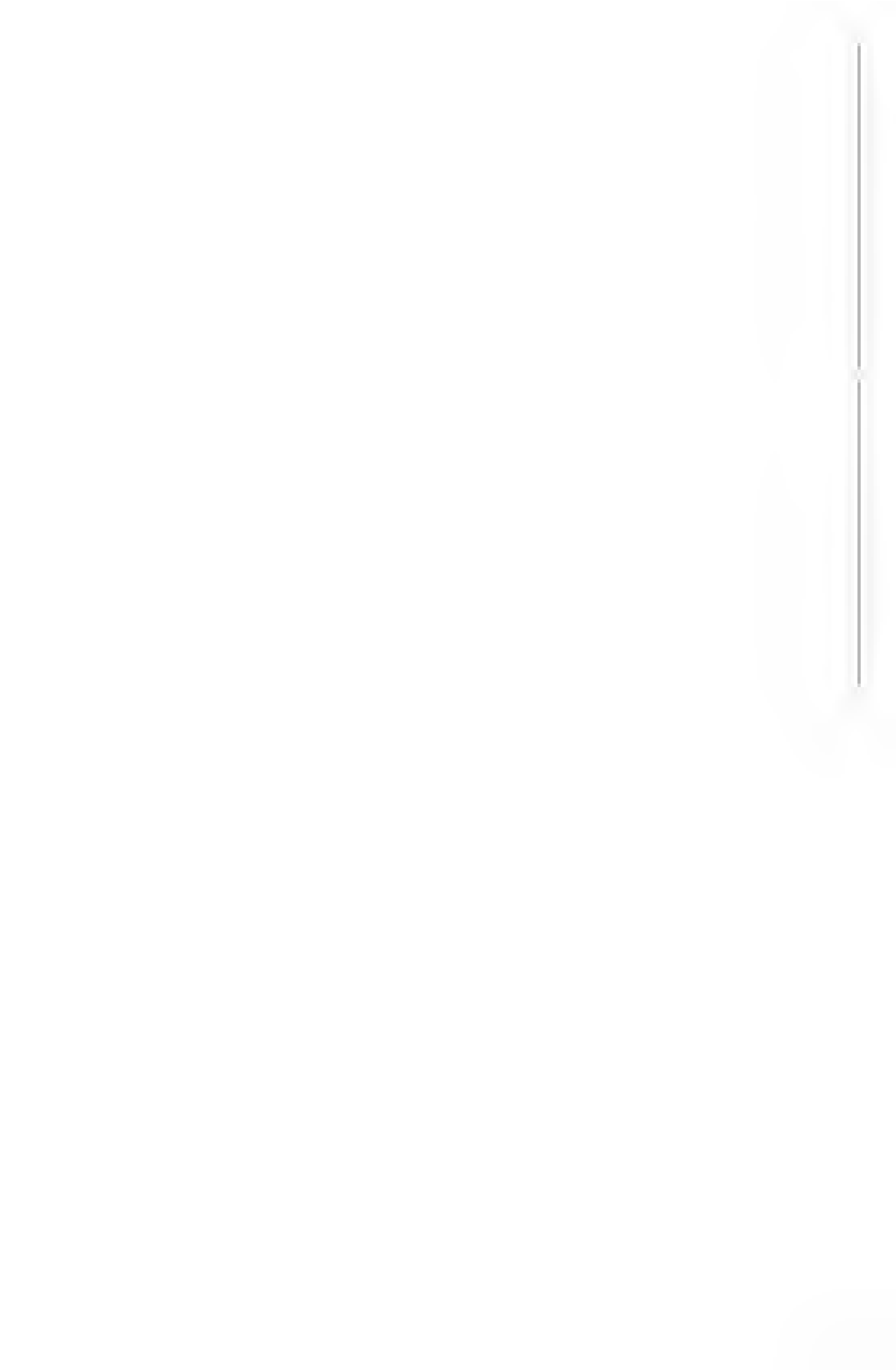
A la coupe, la tumeur offrait la consistance, l'apect et la coloration d'une masse charnue. En un point, dans la partie la plus épaisse, existait un noyau gros comme un haricot très dur, criant sous le scalpel, à bords tranchants comme du tissu osseux. En plusieurs autres points, situés surtout vers la superficie, existaient des petits foyers de ramollissement.

J'ai demandé à mon ami, le Dr Letulle, médecin des hôpitaux, de bien vouloir faire l'examen microcospique de cette tumeur.

Voici le résumé de son travail :

« Les fragments de corps thyroïde soumis à notre examen sont infiltrés de masses calcaires. Les coupes de la tumeur colorées au picro-carmin ou au carmin aluné de Grenacher, montrent :

» 1° Une sclérose très étendue de la glande thyroïde ; les travées fibreuses épaisses, infiltrées par place d'amas calcaires, coupent la glande dans tous les sens, dessinant

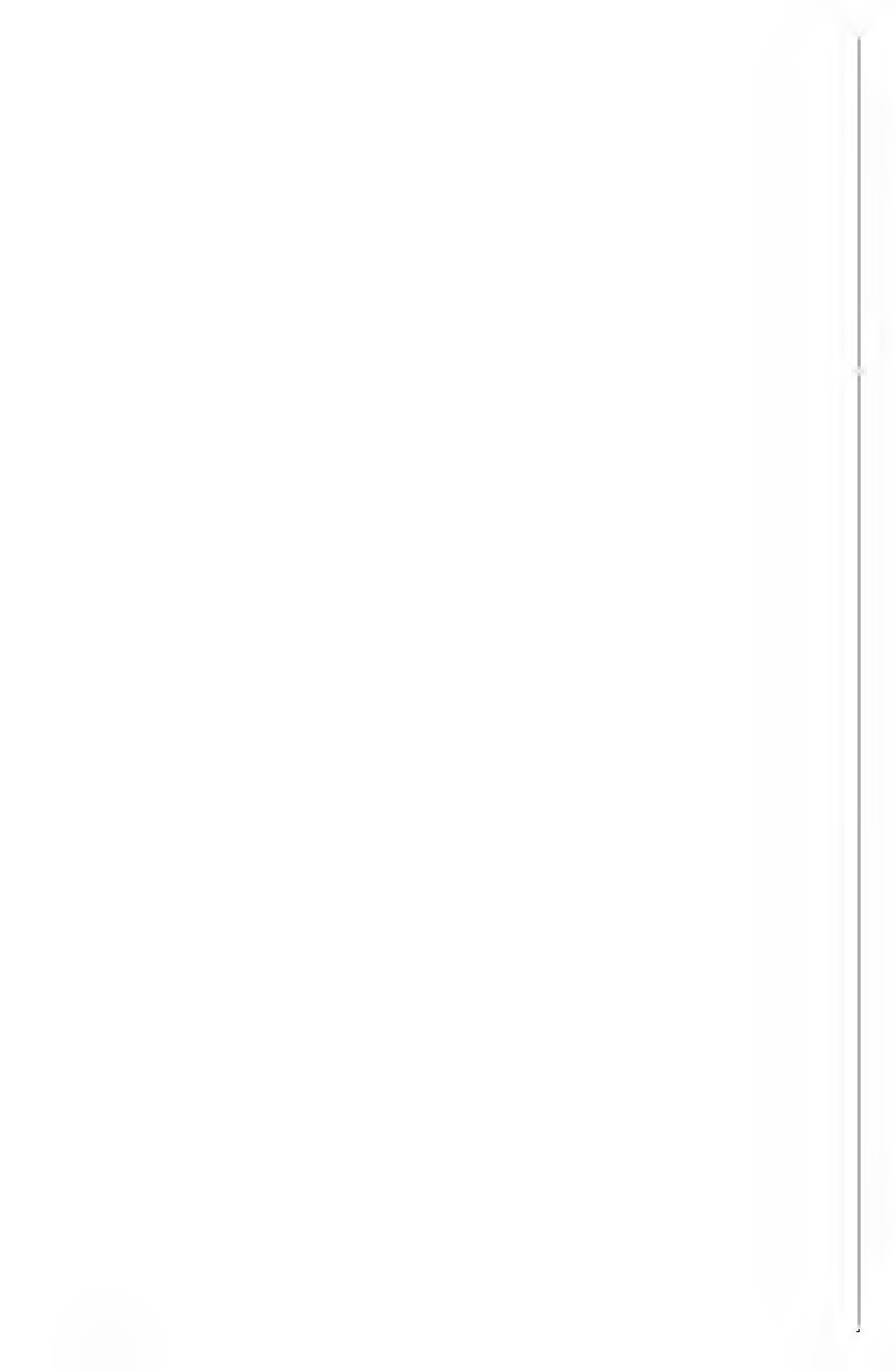


français qu'étrangers, depuis la publication de ce mémoire, nous n'avons trouvé qu'un très petit nombre de cas. C'est une des raisons qui nous ont engagé à publier la présente observation. Une autre raison, c'est qu'il s'est glissé, croyons-nous, dans la description classique de cette affection, quelques erreurs, et, d'un autre côté, on y a passé sous silence certains points intéressants.

Les auteurs appellent l'attention et insistent sur les *douleurs* précoces, aiguës, qui accompagent le cancer thyroïdien; ces douleurs, qui peuvent s'irradier dans le cou et le membre supérieur, constitueraient même un symptôme tellement constant, qu'il devrait servir de base dans le diagnostic d'avec les tumeurs d'autre nature. Eh bien! parmi les sept cas que nous avons pu réunir dans la littérature médicale depuis 1881, il n'est pas question une seule fois de ces douleurs. Trois fois, il est nettement affirmé qu'il n'y en avait pas (Mathieu, Carrington, Aigre); et les quatre autres fois, il n'en est pas fait mention.

Il n'est pas question, bien entendu, de la douleur plus ou moins grande produite par la pression sur la tumeur, mais seulement des douleurs spontanées.

En ce qui concerne la *cachexie cancéreuse* qui, au dire des auteurs, viendrait clore la scène pathologique, nous nous contenterons de faire observer que parmi nos sept cas, il n'est pas question une seule fois de dépérissement cachectique; en revanche, il est nettement affirmé trois fois que la mort est arrivée par dyspnée, une fois par dysphagie, une fois par hémorragies répétées, et une fois par une maladie indépendante : une néphrite chronique. Il semble que la glande thyroïde participe de la nature du larynx, son voisin, au point de vue de la non généralisation cancéreuse; nous devons faire une exception pour un cas très intéressant de M. Mathieu où il a trouvé des embolies néoplasiques dans le cœur et le poumon, et des noyaux dans le foie et le rein; néanmoins il n'y eut pas ici non plus de cachexie à proprement parler, et la mort est survenue par dyspnée.



physiologique, se font encore, quand la glande est envahie progressivement par le néoplasme; l'enclavement même de l'œsophage dans la masse de la tumeur, ne semble pas arrêter ni limiter ces mouvements. Il ne répugne donc pas d'admettre qu'il se passe à la périphérie de cette tumeur des modifications identiques à celles qui donnent naissance aux bourses séreuses accidentelles; et il est très admissible également que cette disposition nouvelle, cette mobilité protège les organes plus fixes, tels que la colonne vertébrale, contre l'envahissement néoplasique.

B. Ou bien il faut admettre que les modifications pathologiques survenues dans la glande ont fait nettement apparaître une disposition anatomique normale, sur laquelle les connaissances ne sont pas encore complètement fixées; nous voulons parler des connexions et de la disposition de la capsule fibreuse de la glande thyroïde.

Le seul anatomiste qui fasse une mention spéciale de ces connexions est M. Sappey. Voici ce qu'on lit dans son traité d'anatomie descriptive :

« La trame cellulo-fibreuse offre une disposition remar-
» quable. Elle s'étend sur toute la périphérie de l'organe
» et lui forme une véritable enveloppe très mince et
» transparente, mais cependant résistante. Supérieure-
» ment cette enveloppe se prolonge pour s'attacher à la
» partie inférieure du larynx: en bas, elle se continue
» avec l'aponévrose cervicale moyenne, et, de chaque
» côté, avec la gaîne des gros vaisseaux du cou; en arrière
» elle se replie sur la partie postérieure du pharynx et se
» continue avec elle-même pour embrasser toute la cir-
» conférence de ce conduit. »

D'autre part, dans un article récent du *Dictionnaire de Médecine pratique*, M. Gérard Marchant, après avoir dit que l'opinion n'est pas faite sur ce point, se contente de rappeler la phrase de M. Sappey. Nous avons voulu nous rendre compte par nous-même de cette disposition anatomique, et nous assurer si la description faite par

ques-unes de celles que j'ai citées, c'est le peu de rapport entre la lésion du ou des nerfs récurrents, et l'état de la voix. On s'explique difficilement qu'il n'y ait qu'un peu de raucité de la voix, et cela, à la période ultime seulement quand, à l'autopsie, on cherche vainement des traces du nerf. Ici se pose un point d'interrogation à laquelle nous avouons ne pas pouvoir donner de réponse.

DU TYMPAN ARTIFICIEL

Par M. le Dr **WAGNIER**, de Lille.

Les premiers observateurs qui constatèrent une perforation du tympan accompagnée de surdité durent penser qu'on améliorerait l'audition si l'on pouvait fermer artificiellement la caisse, et cette idée a dû être le point de départ des premiers essais d'application d'appareils.

C'est, du moins, cette vue théorique qui a inspiré les premiers travaux que nous possédions sur cette question; on cherchait à remplacer par une membrane artificielle douée de propriétés vibratoires, la membrane tympanique détruite en totalité ou en partie.

Marcus Banzer (1) (1640) qui semble être le premier qui se soit engagé dans cette voie, construisit un appareil formé d'un ongle d'élan fermé à son extrémité par un morceau de vessie de cochon.

Leschevin (2) se proposa aussi, en 1778, d'améliorer l'ouïe par l'usage d'un tympan artificiel.

En 1815, Autenrieth (3) fit fabriquer, dans le même but, un appareil qui consistait en un mince tube en plomb qui correspondait à la conformation du conduit auditif externe, et à l'extrémité duquel on avait appliqué un morceau de vessie natatoire de poisson.

(1) M. Banzer. — *Dissertatio de auditione læsa*, Wittebergæ, 1640.

(2) Leschevin. — *Mémoire sur la théorie des maladies de l'oreille et sur les moyens que la chirurgie emploie pour leur curation.* Prix de l'Académie royale de Chirurgie, t. 4, 1re partie, p. 67, 1778.

(3) *Tübinger Blatt für natur und arzneik*, vol. I, 1815.

L'appareil qu'il a proposé et successivement perfectionné est encore fort employé aujourd'hui.

Les divers procédés, actuellement en usage, peuvent être considérés comme dérivant, les uns de celui de Yearsley, les autres du tympan artificiel de Toynbee ; je décrirai les principaux dans cet ordre. J'examinerai ensuite la question du mode d'action de ces appareils, les résultats qu'ils donnent et la manière dont les malades les supportent.

Je me suis convaincu, par l'observation que j'en ai faite dans un grand nombre de cas, tant au cours de mes études spéciales dans les cliniques de mes maîtres, les professeurs Gruber et Politzer de Vienne, que dans ma pratique particulière, des services importants que rendent ces appareils lorsqu'ils sont rationnellement appliqués; et il m'a semblé que l'usage n'en était pas aussi répandu qu'il devrait l'être, qu'on s'était trop arrêté aux objections qu'on a faites à leur emploi, que ces petits appareils, utiles dans beaucoup de cas, sont bien mieux tolérés qu'on ne le croit généralement.

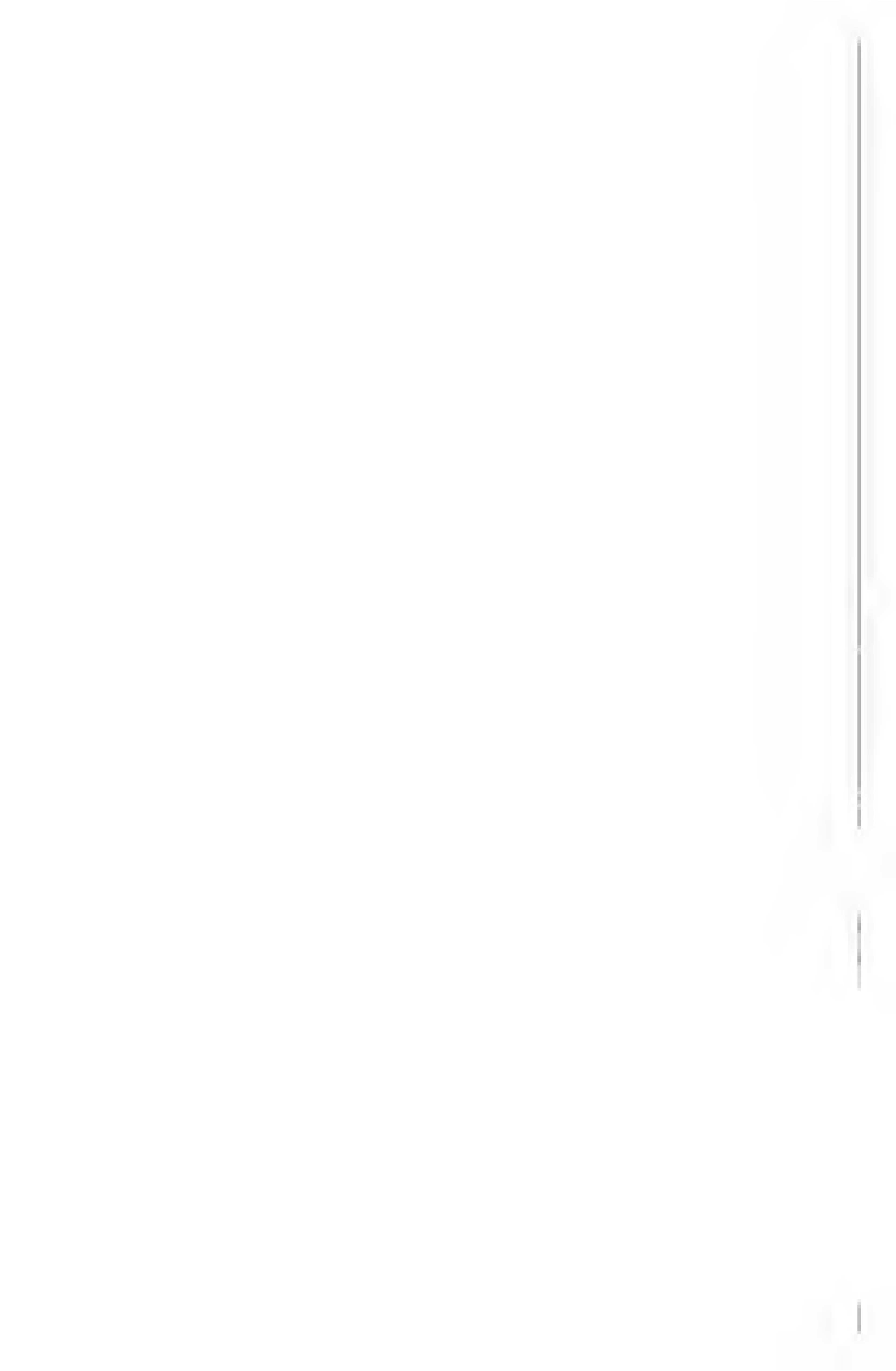
§ I

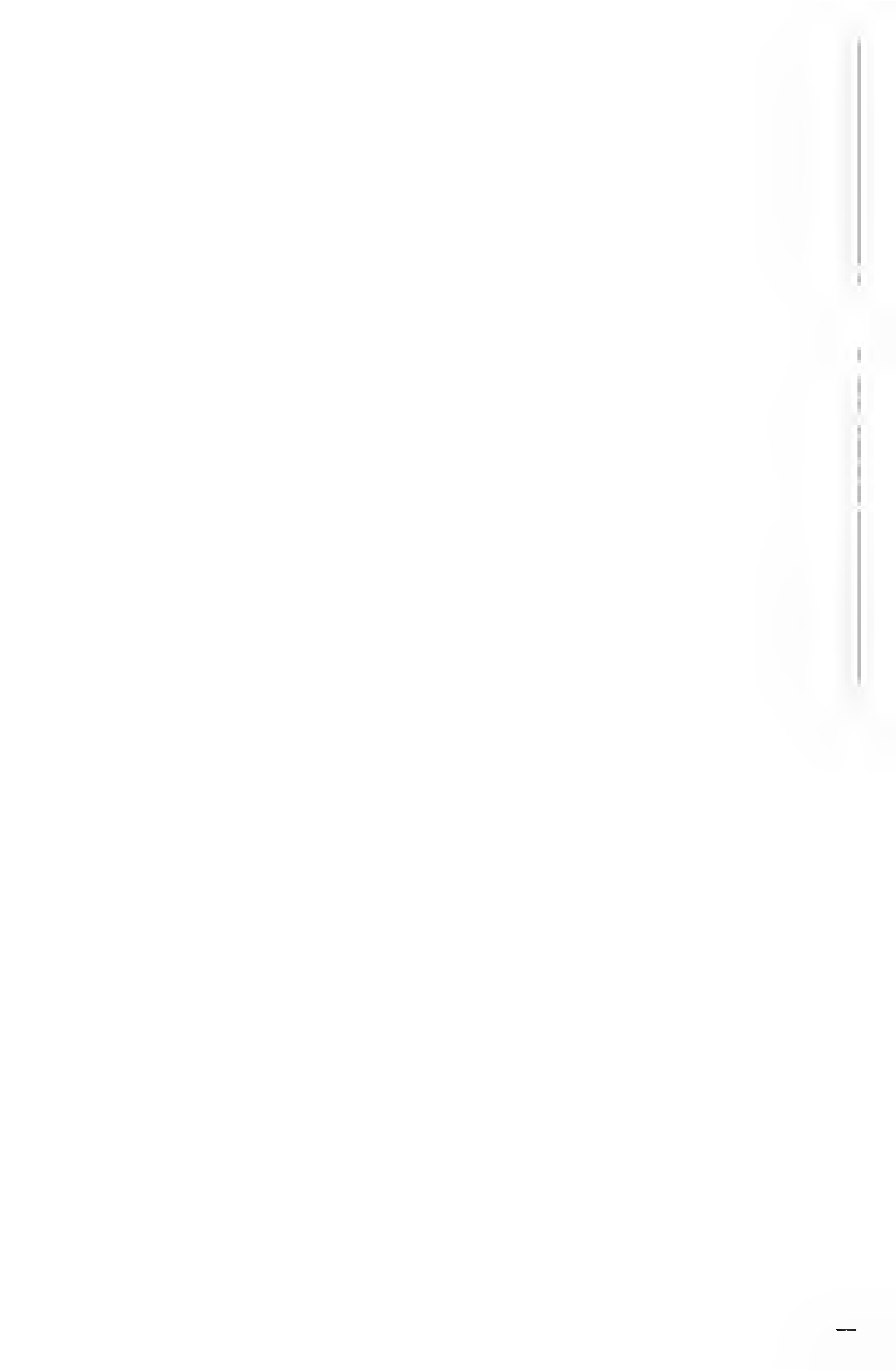
Yearsley se servait d'une boulette de coton qu'il portait au moyen d'une pince, et après l'avoir humectée, jusqu'aux restes de la membrane perforée.

On a apporté quelques modifications à cette pratique ; la plupart des médecins qui l'emploient actuellement se servent de coton rendu antiseptique au moyen de l'acide borique, de l'acide salicylique ou de l'acide thymique. On humecte le petit tampon avec de la glycérine étendue d'eau ou avec d'autres substances médicamenteuses quand on veut exercer en même temps une action thérapeutique.

Au lieu d'introduire la boulette de coton avec une ince ordinaire, Hassenstein a préconisé une pince spéciale ntre les mors de laquelle le petit tampon est maintenu erré par un anneau mobile ; la pince, longue de 3 centi-









§ II

Nous avons vu que les premiers essais d'application des appareils que nous étudions avaient pour but théorique de suppléer à l'action vibratoire de la membrane du tympan et consistaient essentiellement en une membrane tendue sur un cadre. On croyait alors que la dysécée qui est à peu près la règle dans les perforations tympaniques avait son origine exclusive dans la perforation même.

C'est de ce même point de vue que partit Toynbee. Or, s'il est vrai qu'on a vu de nombreux cas où l'ouïe est devenue meilleure après la guérison d'une perforation, le contraire est aussi fréquent. On constate souvent aussi chez des individus dont l'acuité auditive est assez bien conservée l'existence de larges perforations : je me rappelle avoir vu à la clinique du professeur Gruber, un jeune garçon de douze ans, atteint d'une otorrhée ancienne avec une perforation étendue des deux tympans, qui, soumis à l'examen de l'acuité auditive, entendait la voix chuchotée, la parole ordinaire, les différents diapasons et la montre mieux que la plupart des élèves de la clinique.

Ce fait est évidemment exceptionnel ; en général, comme l'a démontré Clarke (1), l'ouïe est considérablement diminuée dans les cas de perforation, mais la diminution de la perception auditive n'est pas en raison directe de l'etendue de la perforation, c'est plutôt le contraire qui a lieu, et rien n'est plus fréquent, en cas de perforation double, que de constater une surdité plus grande du côté où la perforation est la plus petite.

Politzer (2) a démontré, il est vrai, qu'en détruisant artificiellement la membrane, les vibrations du marteau deviennent plus faibles, mais Troeltsch (3) a vu, d'autre

(1) CLARKE.— *On the Perforations of Tympanum. The american Journal of medical sciences*. 1858.

(2) POLITZER. — *Traité des maladies de l'oreille*, traduit par Joly (de Lyon) page 63.

(3) TROELSCH. — *Traité pratique des maladies de l'oreille*, traduction Kuhn et Lévi, p. 415.

Lucœ croit que l'amélioration de l'ouïe est due à l'augmentation de la pression du liquide labyrinthique.

Knapp (1) pense que l'action des différents tympans artificiels ne s'exerce pas en poussant en dedans la pédale de l'étrier, mais que la pression a lieu sur la courte apophyse du marteau qui est portée en dedans pendant que la longue branche de l'enclume et l'étrier sont entraînés en dehors.

D'après cette théorie, le mécanisme serait analogue à ce qui se produit au moment de l'insufflation d'air par la trompe, ou, plus justement, il serait celui que Lucœ cherche à réaliser dans le cas d'otite scléreuse lorsqu'il presse sur la courte apophyse avec une petite pelote élastique montée sur une tige à ressort.

Il est cependant des cas où l'amélioration de l'audition a lieu par pression sur un autre point, comme dans le cas si souvent cité, d'après Ménière, d'un vieux président de tribunal qui, depuis seize ans, augmentait pour une heure, quand il le voulait, son acuité auditive, en pressant sur le tympan avec une épingle en or. La pression avait lieu sur l'extrémité du manche du marteau.

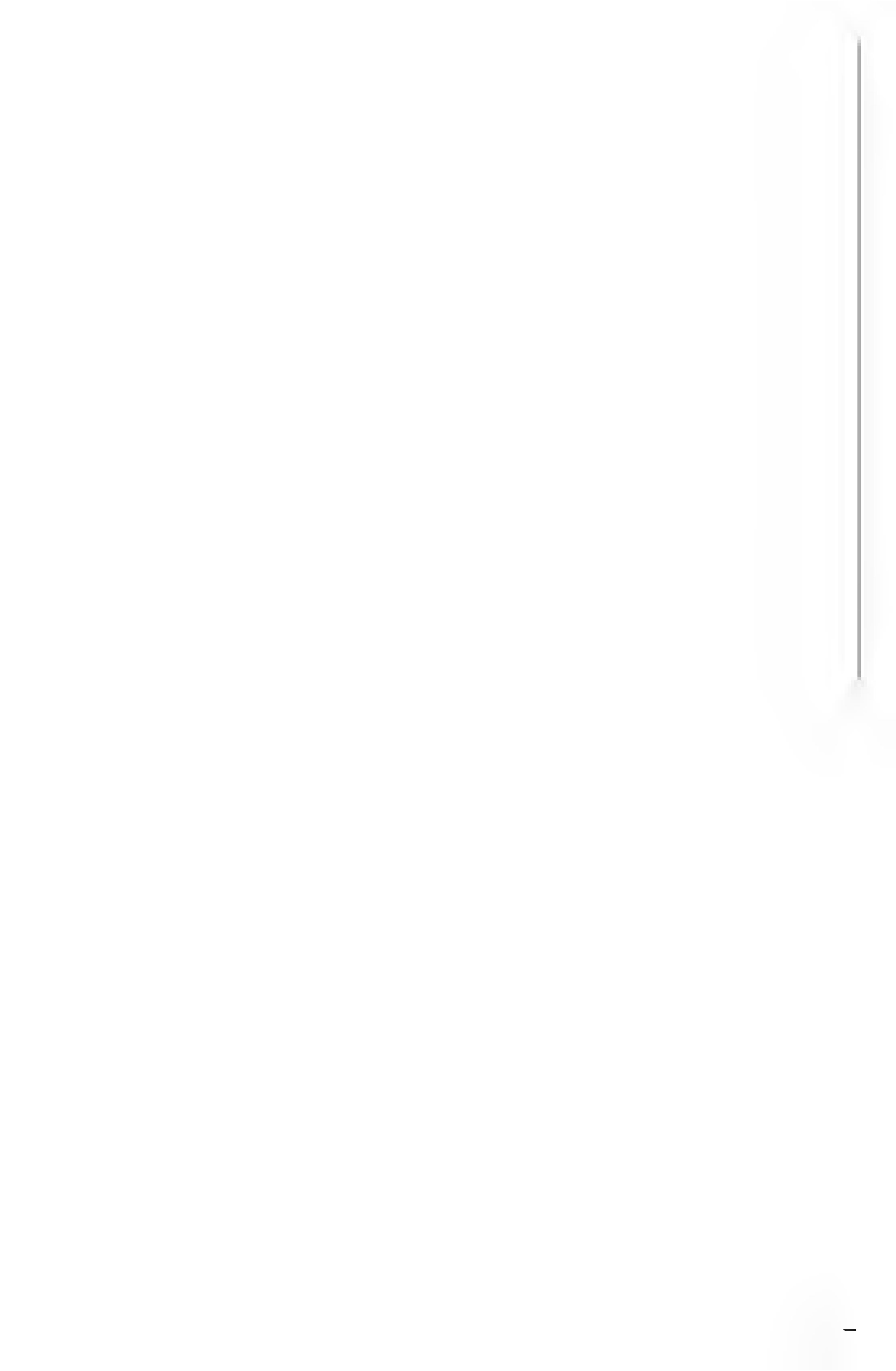
Il est évident pour moi que la pression doit s'exercer dans des points variables selon les lésions dans les cas où l'application du tympan artificiel diminue la surdité.

A la suite des suppurations de l'oreille moyenne, les solutions de continuité de la chaîne des osselets sont fréquentes; on a noté dans un grand nombre de cas la disjonction de l'enclume et de l'étrier, l'absence totale ou partielle de l'enclume, le relâchement des ligaments de l'étrier, circonstances éminemment favorables à la restitution de l'acuité auditive par une pression convenablement exercée.

Ces mêmes lésions se sont parfois présentées sans perforation de la membrane tympanique, et donnent, sans doute, l'explication de ces cas où un corps étranger

(1) Politzer, ouvrage cité, page 456.





perception osseuse était excellente. J'appliquai le tympan artificiel de Gruber qui permit l'audition de la parole jusqu'à 10 mètres. Le petit appareil fut laissé en place trois semaines pendant lesquelles l'audition se maintint au même degré. Il ne causait ni incommodité, ni irritation. Je le retirai cependant, et après avoir constaté l'intégrité de la caisse, je le replaçai en indiquant à la malade la facile manœvre de l'introduction du petit disque de caoutchouc.

La secrétion purulente s'étant arrêtée également du côté droit, j'appliquai, à la demande de la malade, un appareil semblable dans l'oreille droite, mais l'otorrhée, trop récemment suspendue, reparut les jours suivants. Je repris le traitement, et, après avoir de nouveau réussi à tarir l'écoulement, j'attendis quinze jours avant d'appliquer de nouveau le tympan artificiel. Il fut, cette fois, bien supporté et donna aussi une amélioration très notable de l'audition.

Le professeur Gruber se déclare partisan du tympan artificiel, non seulement dans les cas où il améliore l'audition, mais encore toutes les fois qu'il importe de protéger les parties profondes de l'oreille. Il s'élève, avec raison, contre l'emploi des boulettes de coton serrées à l'entrée du conduit auditif. Ce bouchon s'oppose au passage des ondes sonores, diminue le fonctionnement du nerf auditif et tend ainsi à l'affaiblir et à l'atrophier. D'autre part, la pression qu'exercent ces tampons, entrave la circulation en retour, et augmente ainsi l'hypérémie et l'inflammation.

Pour ma part, c'est toujours sans aucune pression que j'applique les petits tampons de coton en cas d'otorrhée, et je dispose l'ouate hydrophile et antiseptique, en cône très allongé pour absorber le pus par capillarité.

Je ne crois pas bon d'appliquer aucune forme de tympan artificiel lorsqu'il existe une otorrhée, à moins que le malade ne se trouve continuellement soumis à la surveillance du médecin. L'otorrhée, même lorsqu'on a des

raison
influe
départ
doit é
et che
cause
quel q
favori
prédis
ou inf
pus de
Ce r
de su
essaye
et on
pours
lioren
Non
artific
l'otorr
parais
appare
ler et
de la s
L'ot
indica
fois qu
tête ou
terrup
Par
ancien
ficiel.
Il y
tions i
par la
tages
des ma

Knapp cite un malade qui portait depuis vingt-neuf ans la boulette d'ouate de Yearsley.

D'ailleurs le choix de l'appareil est très important à ce point de vue.

Les appareils en tube, anciens ou modernes, sont d'une application difficile; ils déterminent de l'érythème du conduit, la formation de pellicules, de croûtes, etc.

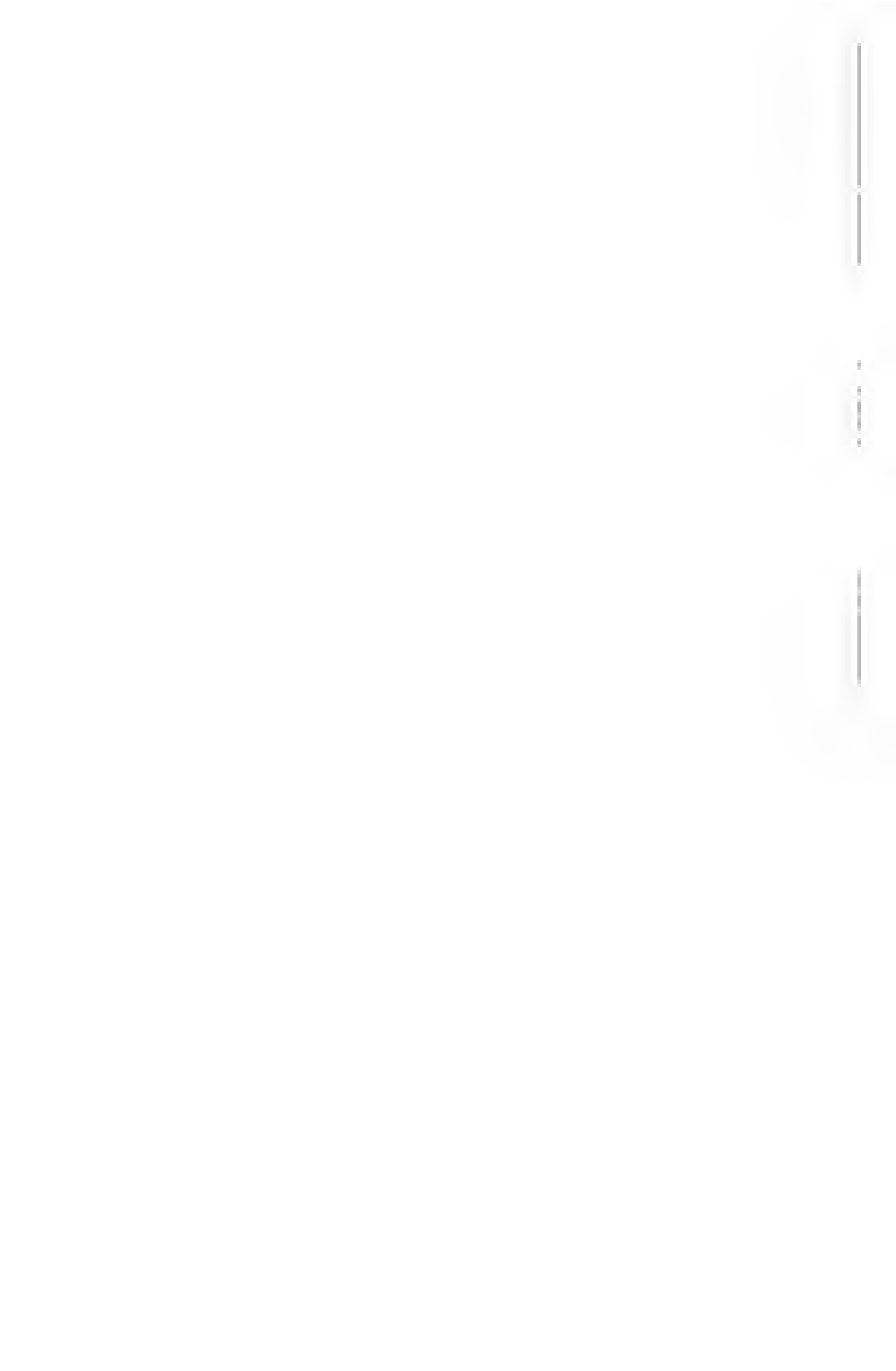
L'appareil de Toynbee est souvent gênant à cause de sa tige rigide ; il arrive qu'il cause, pendant la mastication, une sensation désagréable, ou un bruit de craquement; parfois aussi une pression exercée par mégarde sur l'extrémité de la tige produit de la douleur, un écoulement sanguin ou même détermine une inflammation. Il faut donc le retirer la nuit. De là sa détérioration rapide, ce qui, dans la classe pauvre, est un inconvénient grave, le prix de l'appareil étant assez élevé.

Les appareils qui se fixent par pression continue sont rarement supportés.

L'emploi des éléments mêmes du pansement de Listerne me paraît pas utile. Il est facile de rendre antiseptique n'importe quel appareil; on peut, d'ailleurs, le couvrir d'une mince couche d'un antiseptique à l'état pulvérulent. Je me sers habituellement, dans ce but, de l'acide borique en poudre impalpable que j'ai vu employer par Bezold (de Munich) contre l'otorrhée, et avec le succès que l'on sait.

Pour moi, je me suis servi dans un grand nombre de cas du tympan artificiel du professeur Gruber que j'ai décrit plus haut. Le petit disque se maintient très bien, une fois mis en place, grâce à sa légèreté et à son élasticité. Il est très bien supporté; la plupart des malades le tolèrent des mois entiers sans le retirer, l'amélioration de l'ouïe se maintenant au même degré. Les inconvénients de la tige conductrice à demeure dans l'oreille sont évités, la plaque, souple et mince, ne donne lieu à aucune sensation bruyante ou autre, pendant la mastication.

Les malades l'introduisent eux-mêmes avec une grande facilité; enfin, son prix est nul.



Mais nous savons par les recherches histologiques, que le tissu qui constitue les hypertrophies de la pituitaire n'a aucune tendance à s'atrophier ; il se rapproche beaucoup du tissu muqueux ; même, parfois, on trouve du tissu muqueux avec infiltration de mucine évidente, facile à démontrer par les réations histo-chimiques.

En tant que production pathologique, le tissu muqueux ne s'atrophie pas, bien au contraire.

M. Moure. — Si, comme le dit M. Châtellier, il existe des hypertrophies de la muqueuse pituitaire ayant une tendance marquée à se transformer en tissus muqueux, à devenir même le point de départ de véritables polypes, comme l'a démontré Zuckerkandl, il n'en est pas moins vrai que, chez certains sujets, sous l'influence d'une inflammation spéciale de la muqueuse, cette dernière, tuméfiée d'abord, tend à s'atrophier sur place et à constituer le coryza atrophique. Je dois avouer ne pas admettre comme démontrée, pour tous les cas, la théorie de Zaufal sur la pathogénie de l'ozène, et je serai plutôt porté à partager celle de Fränkel et de Gottstein. J'ai eu en effet l'occasion de suivre des malades atteints de cette affection pendant plusieurs années, et très souvent j'ai vu la période atrophique précédée d'un stade hypertrophique avec une sécrétion qui, sans être encore celle de l'ozène, commençait déjà à s'en rapprocher. Les faits de ce genre ne sont, du reste, pas si rares, et notre collègue, M. Bayer, en a signalé des exemples. Ce sont surtout ces malades qu'un traitement approprié peut modifier avantageusement et guérir dans bien des cas.

Enfin, bien que Zuckerkandl ait, à la suite de ses nombreuses et patientes recherches, repoussé la théorie de Michel qui fait venir les sécrétions des cavités accessoires du nez (sinus), je ne partage pas absolument cette manière de voir. Sans être aussi exclusif que Michel, je crois *qu'il est des cas* où la muqueuse du sinus participe, dans une certaine mesure, à l'inflammation et fournit son contingent de sécrétion, rendant l'affection encore plus rebelle au traitement.

invoqué, pour expliquer la disparition des cornets. Cette atro phie des cornets, os et muqueuse, n'a jamais été démontrée soit par l'observation, soit par l'anatomie pathologique ; elle est contraire à ce que nous savons jusqu'ici de l'anatomie pathologique du tissu osseux. M. Châtellier pense qu'avant d'affirmer comme évident le fait de la diminution d'un os (le cornet), il convient d'en apporter la preuve irréfutable.

Quant à la théorie de Fränkel rappelée par M. Moure, M. Châtellier n'en a pas connaissance, comme établissant anatomiquement l'atrophie du cornet.

M. Ruault désire insister sur un point de la communication de M. Noquet. Il cite le travail de Lœwenberg où cet auteur dit qu'il a découvert un microcoque spécial à la maladie, dans le mucus nasal des ozénisants. Or, ce micro-organisme de grandes dimensions (1 μ à 1 μ 65) serait, toujours d'après Lœwenberg, susceptible d'être cultivé dans la gélatine, et ces *cultures auraient l'odeur caractéristique de l'ozène*. Or, le travail de cet auteur ne paraît pas avoir attiré suffisamment l'attention, puisque, paru en 1883, les traités classiques publiés depuis et notamment par Morell-Mackenzie et Schech, n'en parlent pas. Cependant les expériences de Lœwenberg méritent d'être reprises ; car, si les résultats qu'il a obtenus étaient confirmés, nous serions fixés sur la cause du signe, symptôme le plus important de la maladie, la fétidité des sécrétions nasales. C'est là en effet la chose capitale ; c'est cette mauvaise odeur qui crée aux malades une existence insupportable ; c'est elle dont eux et leurs proches se préoccupent ; tandis que les symptômes secondaires, tels que la sécheresse de la gorge, etc. les gênent comparativement assez peu.

Si donc il était démontré que l'odeur de l'ozène est due à un micro-organisme, on devrait espérer trouver, un jour ou l'autre, un moyen de le faire disparaître définitivement. Si l'usage de l'antiseptique approprié, employé en irrigations nasales ordinaires ne suffisait pas à amener la guérison, il serait légitime de conclure de cet échec que le micro-organisme existe dans les tissus en plus ou moins grande quantité,

données jusqu'ici sont insuffisantes. L'opinion de Zaufal qui pense que l'élargissement des fosses nasales amène une diminution de la force du courant d'air expiré, suffisante pour permettre l'accumulation des sécrétions et, par suite, leur décomposition putride, n'est pas soutenable. Si elle était vraie, les malades qui ont une obstruction du pharynx nasal et respirent par la bouche, seraient tous des ozénisants ; car, leur muqueuse ne cesse pas de sécréter, et ces sécrétions sont encore moins balayées que chez les malades atteints de rhinite atrophique. Or, on trouve souvent chez ces malades le nez rempli de croûtes sèches, mais sans odeur.

L'opinion de Krause qui explique l'odeur par une dégénérescence graisseuse des cellules muqueuses avec formation consécutive d'acides gras volatils, n'est en somme qu'une variante de celle admise il y a longtemps sur l'origine des sueurs fétides des pieds. Elle est bien moins satisfaisante que celle de Lœwenberg qui rendrait bien compte des faits observés. La théorie de Lœwenberg ne nous donnerait pas le dernier mot sur la question de l'ozène, mais elle ferait faire un grand pas à son étude. Elle permettrait de penser que l'odeur n'est peut-être pas liée nécessairement à l'agrandissement des fosses nasales et que si la mauvaise odeur est un symptôme si fréquent de la rhinite atrophique, c'est que le micro-organisme trouve dans les fosses nasales moins chaudes et plus sèches, un meilleur terrain pour son évolution. Rien ne prouve que l'ozène ne soit pas contagieux quand les conditions favorables à la contagion sont réalisées. Quelques auteurs très compétents, M. Moure entre autres, sont disposés à le croire.

M. Baratoux admet que l'ozène peut être le résultat, soit de l'absence ou de l'arrêt de développement des cornets, soit de l'atrophie de la muqueuse nasale.

Récemment, au Congrès de Berlin, Habermann a lu sur e sujet un travail dans lequel il croit pouvoir établir que l'affection de l'ozène commence par la surface de la muqueuse, c'est-à-dire à l'orifice des glandes. M. Baratoux est d'avis



satisfaisante. Ce que l'on sait des microbes en général, la façon dont marche l'affection, le bon effet des substances antiseptiques, sont favorables à cette manière de voir.

M. Miot dit qu'il ne croit pas à la période hypertrophique de la muqueuse. Il a examiné une enfant âgée de six mois qui présentait des cornets inférieurs dont la muqueuse était lisse, mince. Depuis quelques années, il a vu cette petite malade à plusieurs reprises, et il a remarqué que les fosses nasales se développent, mais que les cornets inférieurs conservent un petit volume. On peut donc supposer, dit M. Miot, que cette enfant aura, plus tard, de l'ozène.

M. Gouguenheim propose de porter à l'ordre du jour de la session générale prochaine la question de la Rhinite atrophique.

L'assemblée adopte cette proposition.

14° Lymphatiques du larynx, par M. Poirier, de Paris.

M. Poirier présente deux grands dessins sur lesquels on voit les vaisseaux lymphatiques de la face inférieure des lèvres de la glotte, allant se rendre dans un ganglion sous-cutané, à travers le ligament rayonné thyréo-cricoïdien, ainsi que les deux moitiés desséchées du larynx modèle.

Le système lymphatique du larynx est remarquable par son développement; toutefois au dire de tous les anatomistes, tant français qu'étrangers, il faut distinguer dans cet organe deux régions essentiellement différentes au point de vue du nombre et de l'importance des vaisseaux lymphatiques : une région sus-glottique dans la muqueuse de laquelle les lymphatiques s'étalent avec une prodigieuse richesse, et une région sous-glottique où ces vaisseaux ne forment plus qu'un réseau délié à mailles assez larges. En conséquence, il n'est question dans les descriptions, que des troncs lymphatiques qui partent du réseau sus-glottique et qui traversent la membrane thyro-hyoïdienne pour se rendre dans les ganglions situés autour de la bifurcation des carotides.

Au nombre de trois à cinq, ils traversent la membrane crico-thyroïdienne et se rendent tantôt dans un ganglion placé au-devant de cette membrane, ganglion pré-laryngé, tantôt dans des ganglions latéraux situés sur les parties latérales et inférieures du larynx, entre cet organe et la carotide primitive, mais toujours plus rapprochés du conduit laryngien.

Ganglion pré-laryngé. — Les anatomies classiques, non plus que les ouvrages spéciaux sur l'anatomie du larynx ou du système lymphatique, ne font point mention de ce ganglion.

Il existe cependant dans la moitié des cas environ. Je l'ai recherché sur une centaine de cadavres environ et je l'ai rencontré quarante-neuf fois. De grosseur variable avec l'âge des sujets, ce ganglion pré-laryngé est placé au-devant de la membrane crico-thyroïdienne, au milieu de la graisse et des ramuscules artériels et veineux qui remplissent le V circonscrit par les muscles crico-thyroïdiens. Une fois sur dix, en moyenne, on rencontre deux ganglions pré-laryngés au lieu d'un.

Lorsque ce ganglion pré-laryngé manque, les troncs lymphatiques de la région sous-glottique, après avoir traversé la membrane crico-thyroïdienne, passent au-devant du muscle crico-thyroïdien, pour gagner les ganglions laryngés inférieurs dont j'ai parlé plus haut.

En résumé, la muqueuse laryngée possède un réseau lymphatique qui occupe la couche la plus superficielle du derme muqueux. Ce réseau également développé dans les régions vestibulaire, ventriculaire et sous-glottique s'appauvrit très notablement au niveau du bord libre des cordes vocales, de l'inférieure surtout.

Les troncs lymphatiques qui partent de ce niveau doivent être divisés en supérieurs et inférieurs. D'une façon générale, ils suivent le trajet des artères laryngées, confirmant une fois de plus la loi du développement parallèle des vaisseaux à sang rouge et de ceux à sang blanc.

Les ganglions qui reçoivent les lymphatiques du larynx

cataplasmes de farine de graine de lin sur l'oreille, depuis le début de la maladie.

Le jour où j'examinai l'enfant, je constatai une fièvre intense, de l'inappétence, de l'insomnie. La région mastoïdienne était rouge, tuméfiée, douloureuse, au point que l'enfant ne voulait pas se laisser examiner. Cependant, je pus constater une sensation nette de fluctuation.

Le conduit était rempli de pus qui n'était nullement concret, du moins autant que je pus le constater.

A la suite d'une injection pratiquée pour nettoyer l'oreille, j'aperçus une perforation occupant le quart antéro-supérieur du tympan, limitée en arrière par le bord du manche du marteau.

En exerçant des pressions sur l'apophyse mastoïde je réussis à faire refluer le pus dans le conduit.

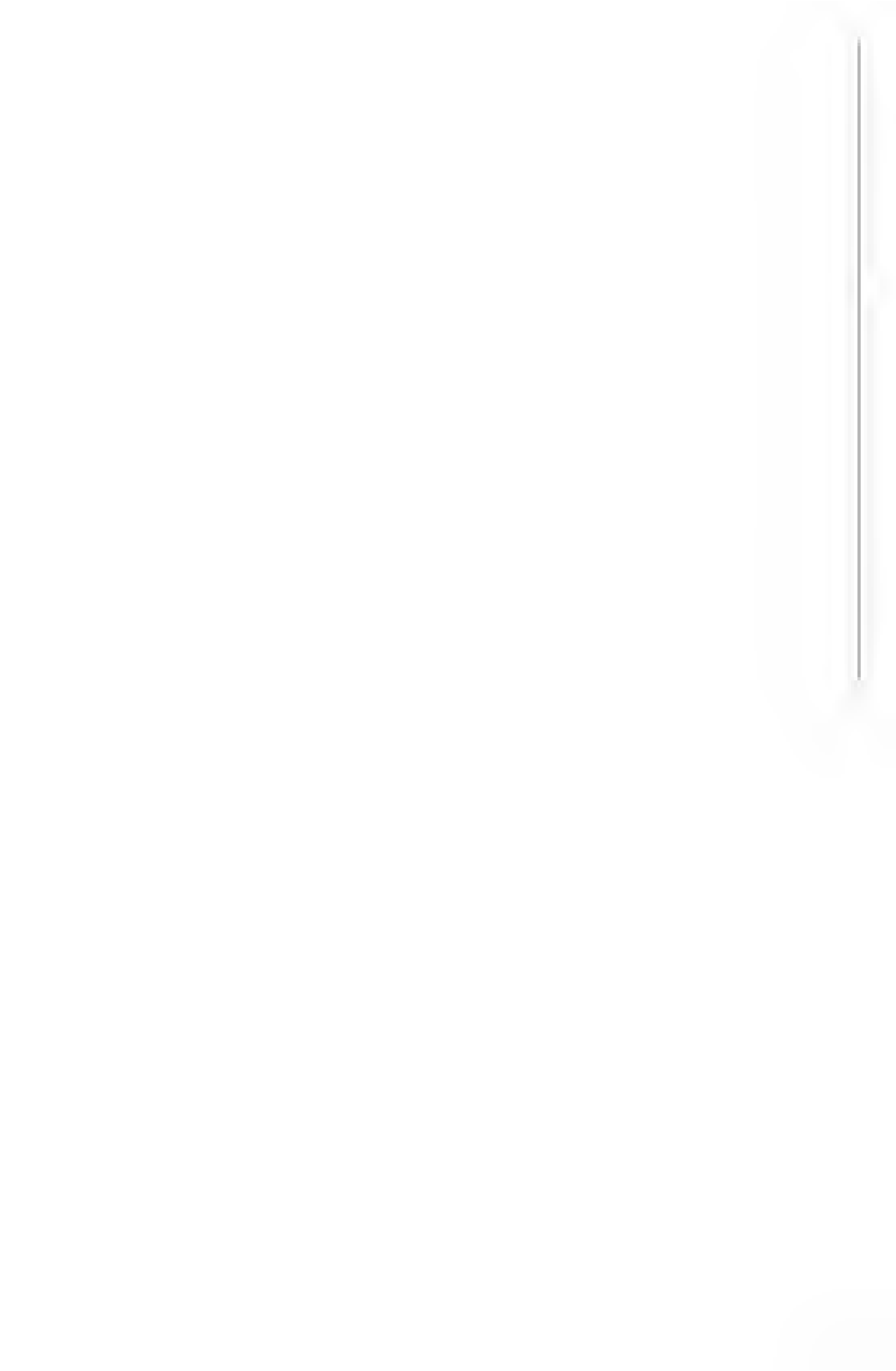
— Le lendemain matin, c'est-à-dire le 20 février, après avoir donné du chloroforme à l'enfant, je pus constater et faire constater aux deux confrères qui m'assistaient l'existence d'une dépression au niveau de la partie supéro-postérieure de l'apophyse mastoïdienne ; cette dépression était le siège d'un orifice permettant de faire refluer le pus dans le conduit des cellules mastoïdiennes.

Une incision verticale de 3 centimètres de long fut faite à ce niveau et je pus faire pénétrer par cet orifice jusqu'à la caisse un stylet de trousse qui me permit de constater que la fistule avait un diamètre d'environ 3 millimètres.

Après avoir pratiqué les lavages de l'oreille, je mis un drain dans la plaie et j'appliquai un pansement antiseptique.

Le 1er mars la plaie ne présentait plus qu'un petit orifice à la partie inférieure et le 5 mars, jour où nous voyons de nouveau le malade, la plaie est complètement fermée. Le tympan est lui-même entièrement cicatrisé depuis la fin de février. La montre qui, avant l'opération, n'était pas entendue au contact, est entendue alors à 0m20.

Mon but en citant cette observation a été d'attirer l'attention sur la marche rapide de l'ouverture de l'abcès intra-mastoïdien au-dehors.



miques et kystes sanguins. De par leur nature ces kystes ont des modes d'évolution variables. Dans un cas, j'ai pu, comme M. Moure, faire l'analyse de la poche du kyste ; elle était formée d'épithélium à type malpighien et d'une enveloppe anhiste. J'ai observé deux kystes sanguins. Dans trois cas, le contenu du kyste était sous forme de masse concrète jaunâtre, dont l'analyse a été faite par mon savant maître, le professeur Renaut. Ces trois kystes méritaient d'être classés dans les kystes épidermiques. Leur contenu était formé d'éléments divers en voie de désagrégation granulo-graisseuse, et de globules de graisse à l'état libre. Dans l'un d'eux on trouvait de belles cellules plates à bords plus ou moins repliés sur eux-mêmes. Dans un autre on constatait des cellules génératrices de la partie profonde de l'épithélium cylindrique ; il s'agissait d'un kyste placé sur le point de transition de l'épithélium pavimenteux à l'épithélium cylindrique. Mes autres cas de kystes appartenaient à la classe des kystes séreux.

Les kystes sont le plus souvent, mais non toujours, dus à l'obstruction du conduit excréteur des glandes muqueuses des cordes vocales réunies, d'après Coyne, en deux groupes, s'ouvrant, l'un à la face supérieure de la corde, un peu en dehors du bord libre, l'autre un peu au-dessous de la corde. M. Renaut a signalé un détail anatomique encore inédit qui permet de concevoir le processus formateur des kystes : il s'agit d'une dilatation ampullaire du canal excréteur qui favorise la stagnation du mucus à ce niveau. Je dois faire remarquer que tous mes kystes épidermiques étaient de date relativement récente.

Sur mes 16 observations, 4 appartiennent au sexe féminin. Je crois que les exercices du chant doivent entrer pour une large part dans l'étiologie, puisque sept fois j'ai observé des kystes sur des chanteurs amateurs ou chanteurs de profession.

D'après Schwartz, les kystes intra-laryngés et extra-

elle peut se faire attendre indéfiniment. L'opération est de la plus grande simplicité. Je donne la préférence à l'excision de la poche à l'aide d'une petite pince à griffes minuscules montée sur le manche à trois anneaux. Il ne faut pas craindre d'ouvrir largement la poche pour éviter une récidive. Deux fois j'ai eu à pratiquer une deuxième opération à cause de la récidive. Dans l'un de ces cas cependant, la première opération avait parfaitement fait disparaître toute saillie, dans l'autre j'avais enlevé une bonne partie de la membrane d'enveloppe, et j'ai dû présumer que la poche était multiloculaire.

Après l'opération le retour de la voix est immédiat, mais il faut plusieurs mois pour obtenir une voix parfaitement pure à cause des phénomènes inflammatoires chroniques provoqués par la présence prolongée de la tumeur.

M. Ruault fait remarquer que sur quelques-uns des dessins présentés par M. Garel à l'appui de sa communication, l'aspect des tumeurs des cordes inférieures est identique à celui des petits myxomes qu'on y observe quelquefois. Le diagnostic doit être impossible à établir si la tumeur est écrasée entre les mors de la pince, et si les fragments en sont trop altérés pour que l'on puisse en faire l'examen microscopique, car l'écrasement fait sourdre une goutte de liquide comme celui d'un petit kyste. Or, c'est là tout ce que l'on peut voir dans le miroir pendant l'opération, dans des cas favorables, c'est-à-dire bien rarement.

M. Garel répond qu'il a été presque favorisé, puisqu'il est tombé sur une série heureuse, et qu'il a pu non seulement voir le liquide s'échapper du kyste, mais encore recueillir des fragments de la paroi dont l'examen histologique a démontré la nature des tumeurs.

18° **Tumeur du corps thyroïde**, par M. Aigre, de Boulogne-sur-Mer (1).

(2) Voir page 304.

I. — Quand le cornet inférieur est rétracté, son extrémité antérieure présente une surface ondulée, quelque peu irrégulière, se terminant en bas par un bord plus ou moins mince qui surplombe le méat inférieur. Sa surface interne raccourcie, a l'apparence soit d'une concavité peu profonde, soit d'une éminence légèrement arrondie. A

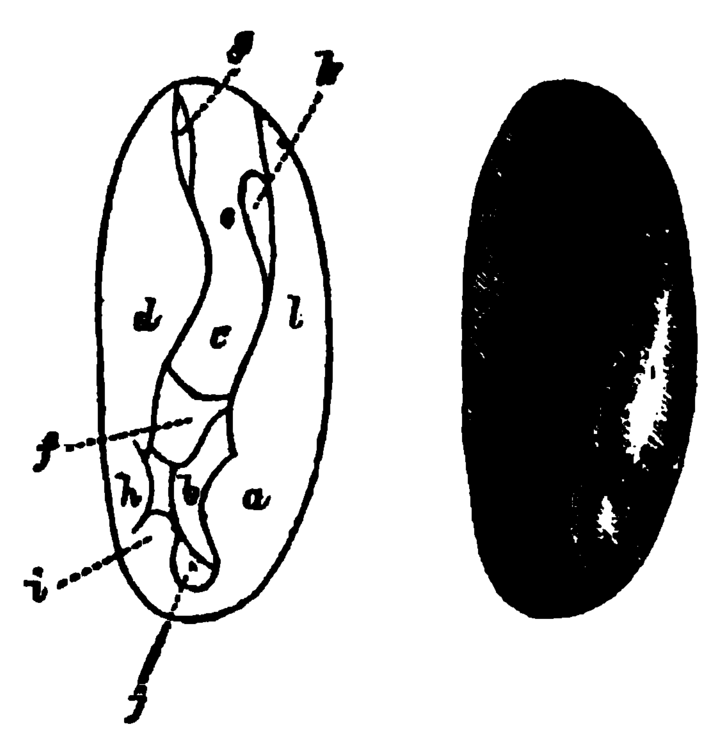


Fig. 1

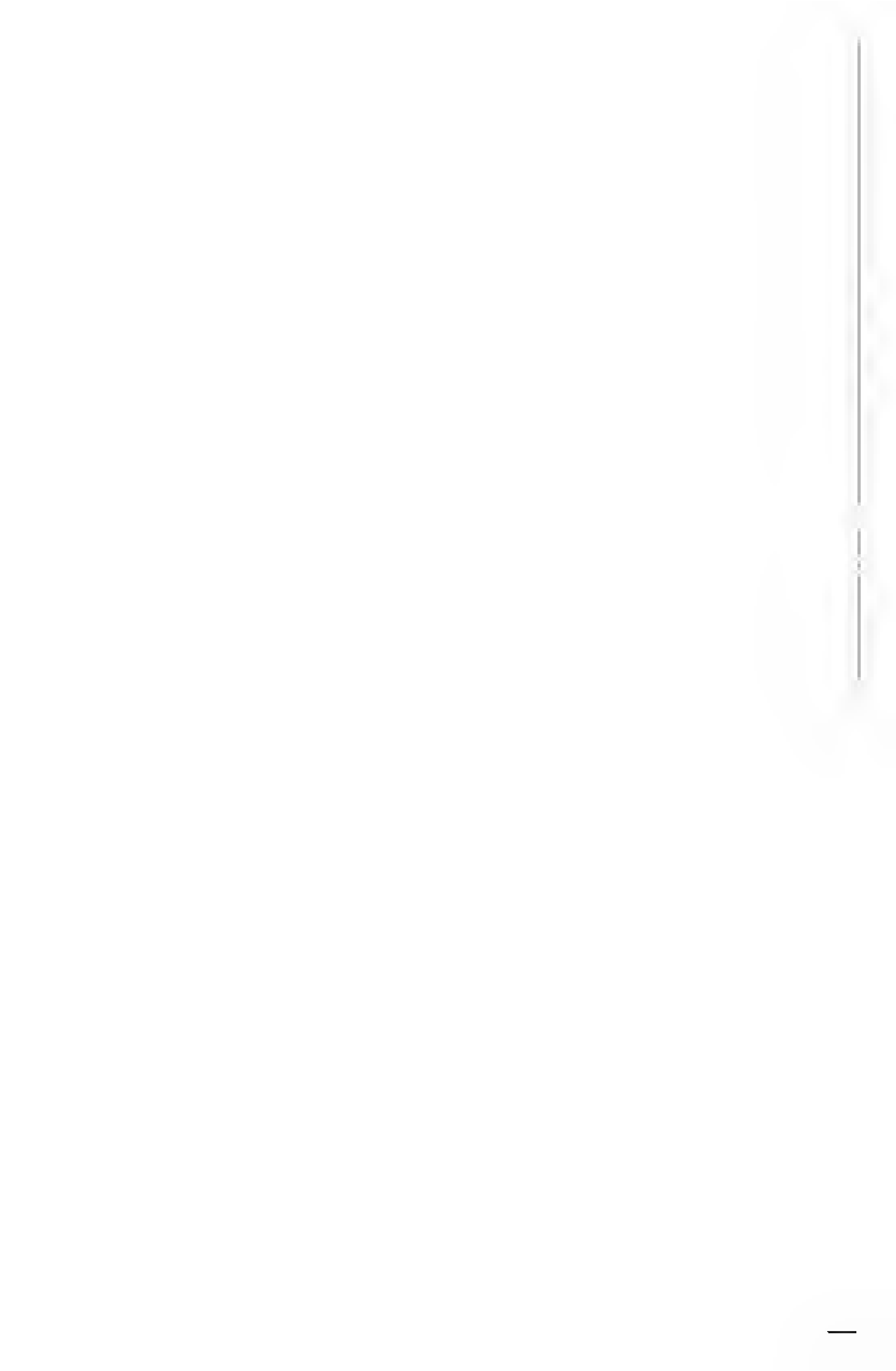
Vue rhinoscopique antérieure chez une femme âgée de vingt-six ans, dessin de l'auteur (C. Baber)

a Extrémité antérieure rétrécie du cornet inférieur ; — *b* surface interne avec renflement arrondi ; — *c* bord antérieur du cornet moyen ; — *d* Tubercule de la cloison ; — *e* col du cornet moyen ; — *f* bord supérieur du précédent ; — *g-k* dépression des deux côtés du col, l'une du côté de la fente olfactive, l'autre, du côté du méat moyen ; — *h* renflement sur la cloison ; — *i* même renflement plus profond ; — *j* méat inférieur ; — *l* col du cornet inférieur.

l'aide d'une sonde, on sent l'os sous la membrane muqueuse.

Au dessus et à une distance beaucoup plus grande de l'orifice nasal, on reconnaît le cornet moyen dont les bords antérieur et inférieur sont les parties les plus rapprochées de l'œil de l'observateur. En fait, une partie considérable de ce cornet est cachée par le tubercule de la cloison (*d*).

Ce tubercule décrit par Morgagni consiste en un épaississement de la muqueuse contenant à sa partie antérieure une accumulation de glandes.



inférieur ; il empêche de voir le naso-pharynx et ne permet qu'*un coup d'œil* sur le cornet moyen. Quand le gonflement est plus prononcé, ce dernier est complètement masqué ; le cornet inférieur touche la cloison et offre l'aspect d'une éminence ronde, à surface lisse.

La sensation produite par l'attouchement de la sonde est celle d'un *coussin mou,* se laissant facilement déprimer et reprenant aussitôt sa forme première. Ce signe est

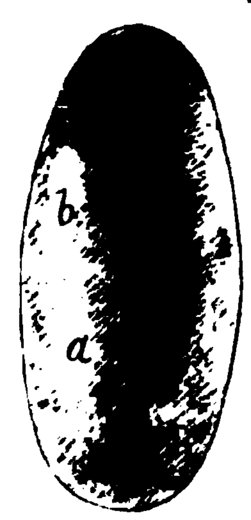


FIG. 3.

Vue rhinoscopique antérieure sur un homme de vingt-quatre ans, chez lequel le corps érectile muqueux du cornet inférieur se tuméfiait pendant l'examen.

a Cornet inférieur gonflé, congestionné ; — *b* col du même, masquant le cornet moyen.

caractéristique ; il sert à distinguer cet état érectile de la muqueuse de l'hypertrophie véritable du cornet.

Quant à la couleur, elle peut être plus ou moins pâle, plus ou moins colorée ou rouge.

L'observation démontre que la vue des parties profondes est plus souvent gênée par le gonflement érectile de la muqueuse que par les diverses difformités de la cloison. On peut, à l'aide d'une sonde, d'un crochet ou de tout autre instrument, écarter ou déplacer cette partie renflée, et obtenir une vue plus étendue de la fosse nasale. La cocaïne trouve ici son emploi ; cet état érectile de la partie antérieure du cornet inférieur n'obstrue pas en général d'une façon très sensible la voie nasale, à moins qu'il ne soit porté à un degré extrême.

M. Baber termine sa communication en disant que l'attouchement de l'extrémité antérieure du cornet

moyen du galvano-cautère une partie de ce pavillon. La cicatrice est régulière, et l'oreille à peine déformée. Le malade se porte bien et tout fait présumer que le mal ne récidivera pas, car il n'existe pas de ganglions péri-auriculaires.

23° M. FAUVEL présente un malade sur lequel M. Péan a fait en 1885, **l'extirpation du larynx**, ne laissant que l'épiglotte et une partie des aryténoïdes. Plusieurs Sociétés savantes et la Presse médicale ont déjà eu l'occasion de s'en occuper. Le malade a repris sa profession; il parvient à se faire comprendre au moyen d'un bruit guttural faible, mis en parole au moyen de la bouche et des lèvres ; ce semblant de voix, mal timbré et peu sonore, permet cependant d'entendre sa prononciation à une certaine distance.

Tous les appareils prothétiques envoyés de Vienne, de Berlin, n'ont servi à rien pour donner à l'opéré le moyen de remplacer son larynx perdu ; le malade préfère son reste de bruit guttural à ces instruments. C'est là une des plus belles opérations chirurgicales dont on doit la conception aux progrès des études laryngologiques.

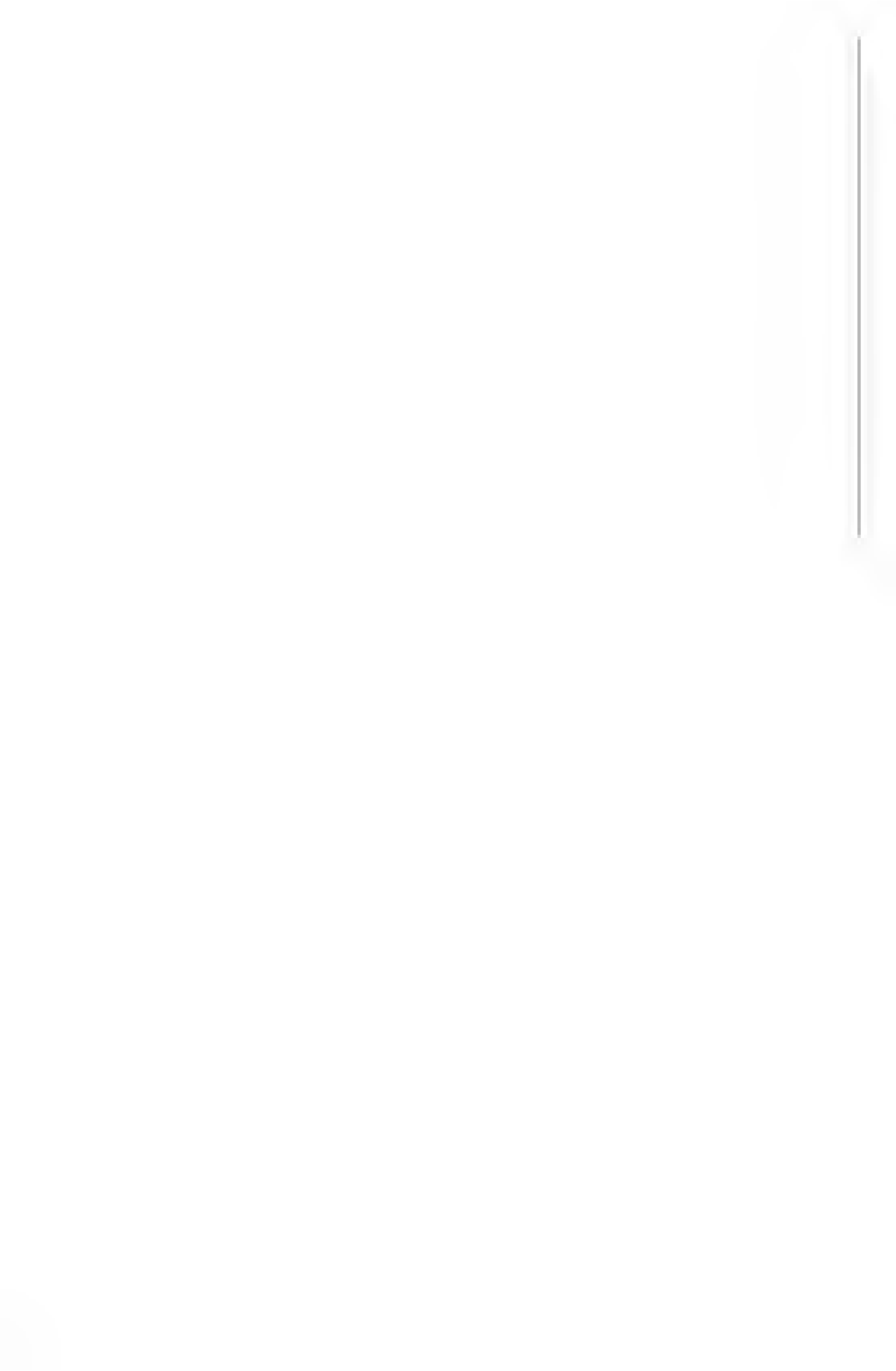
En présentant ce malade, M. Fauvel raconte qu'il avait établi le diagnostic : *Syphilis laryngée*. Après l'opération, la pièce pathologique fut remise au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. Or, un des élèves du laboratoire lui dit qu'il s'agissait d'un *épithélioma tubulé*, tandis qu'un autre élève du même laboratoire lui affirma que la *pièce avait été perdue*. M. Fauvel persiste à croire qu'il s'agissait d'une *affection syphilitique*.

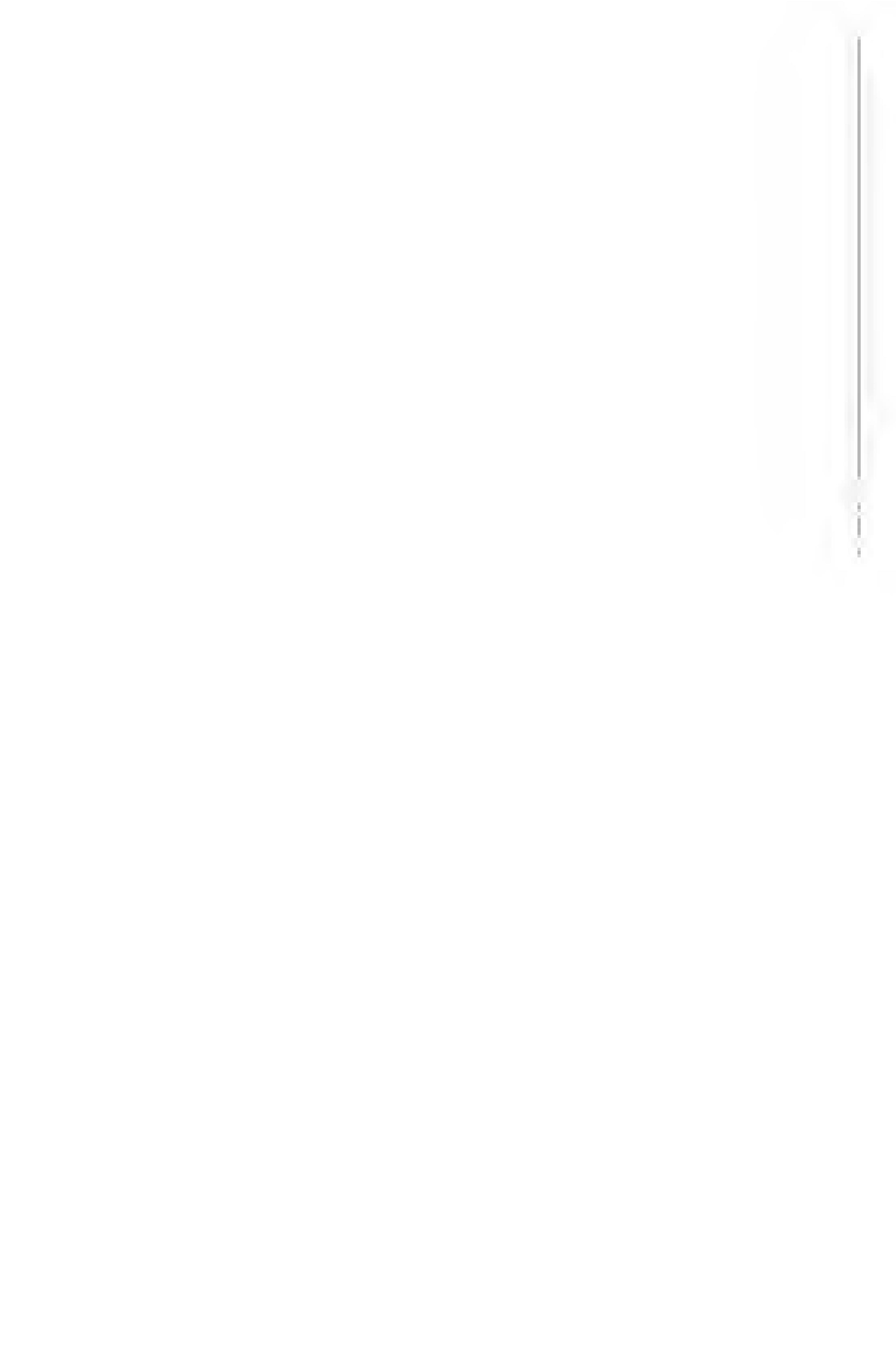
ÉTAT FINANCIER DE LA SOCIÉTÉ.

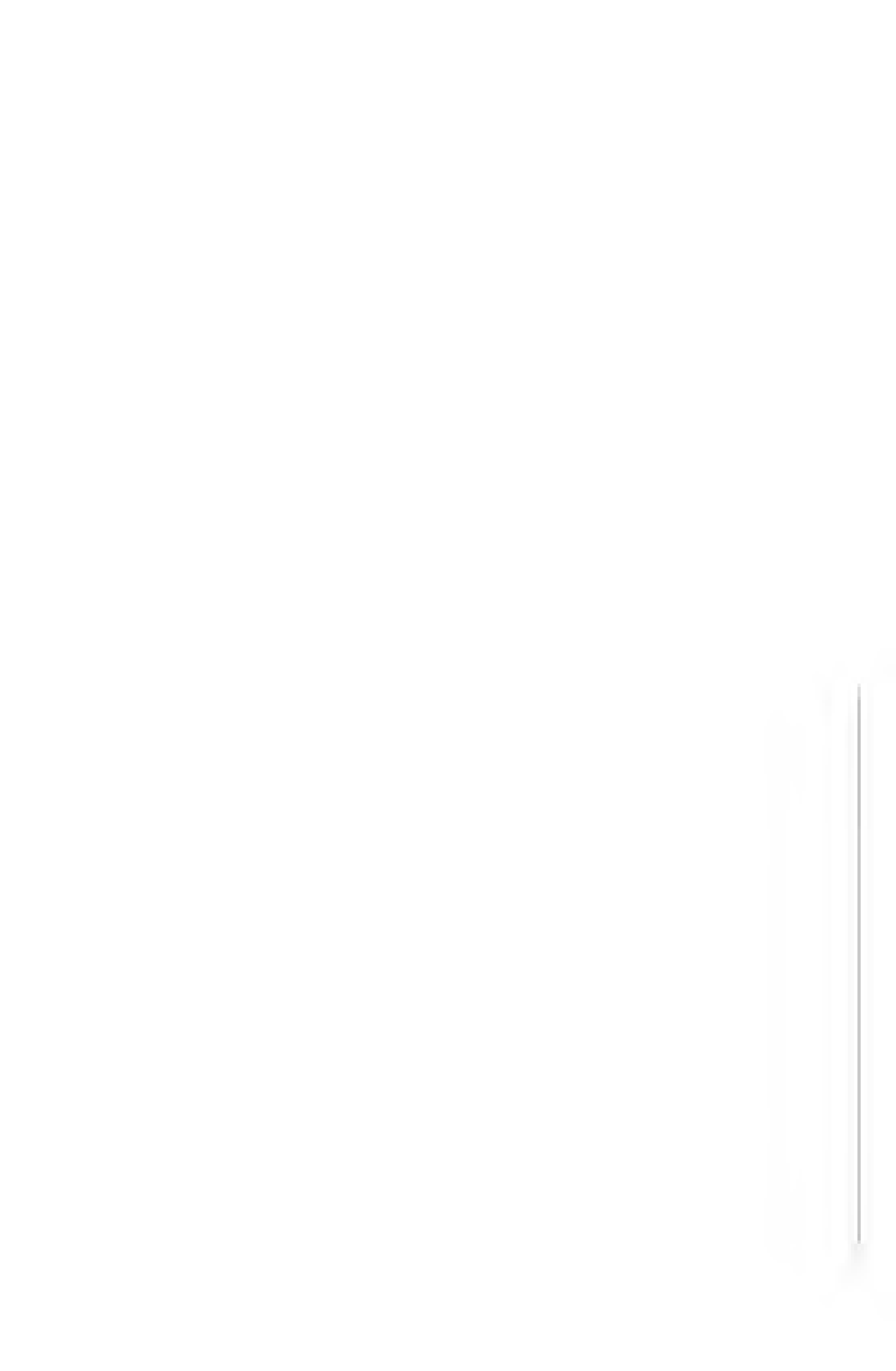
1886-1887 au 14 avril 1887.

Reliquat de l'encaissement, années 1885-86 .... F.	595.95
Encaissé 1886-1887	1006.15
Total	1602.10
Dépenses	588.95
Reste en caisse	1013.15

Le Trésorier, L. MÉNIÈRE







tout spéciaux ; et c'est à cette opinion que se range M. Chabrol.

Les prodromes de l'angine de Ludwig sont en général légers et passent souvent inaperçus, puis au bout d'un ou deux jours apparaissent les symptômes caractéristiques de l'affection. C'est d'abord une tuméfaction indolore en avant de l'angle du maxillaire, au-dessous de la branche horizontale et au niveau de la glande sous-maxillaire. Surviennent alors des signes douloureux du côté de la bouche qui vont s'accentuant sans cesse. Bientôt la tuméfaction contourne la symphyse mentonnière et s'étend du côté opposé, remonte vers la région parotidienne d'une part et descend d'autre part au-devant du canal trachéo-laryngien qu'elle vient comprimer. Plus tard, arrivera la gangrène envahissante, progressive, en même temps que l'aggravation des symptômes généraux conduira à l'état typhoïde adynamique complet. Le sujet menacé d'asphyxie a la voix rauque, inintelligible et sourde; l'alimentation est impossible, le pouls s'accélère. En même temps, soit spontanément, soit par l'intervention, les plaques gangreneuses laissent écouler un liquide grisâtre, horriblement fétide, rempli de détritus noirâtres.

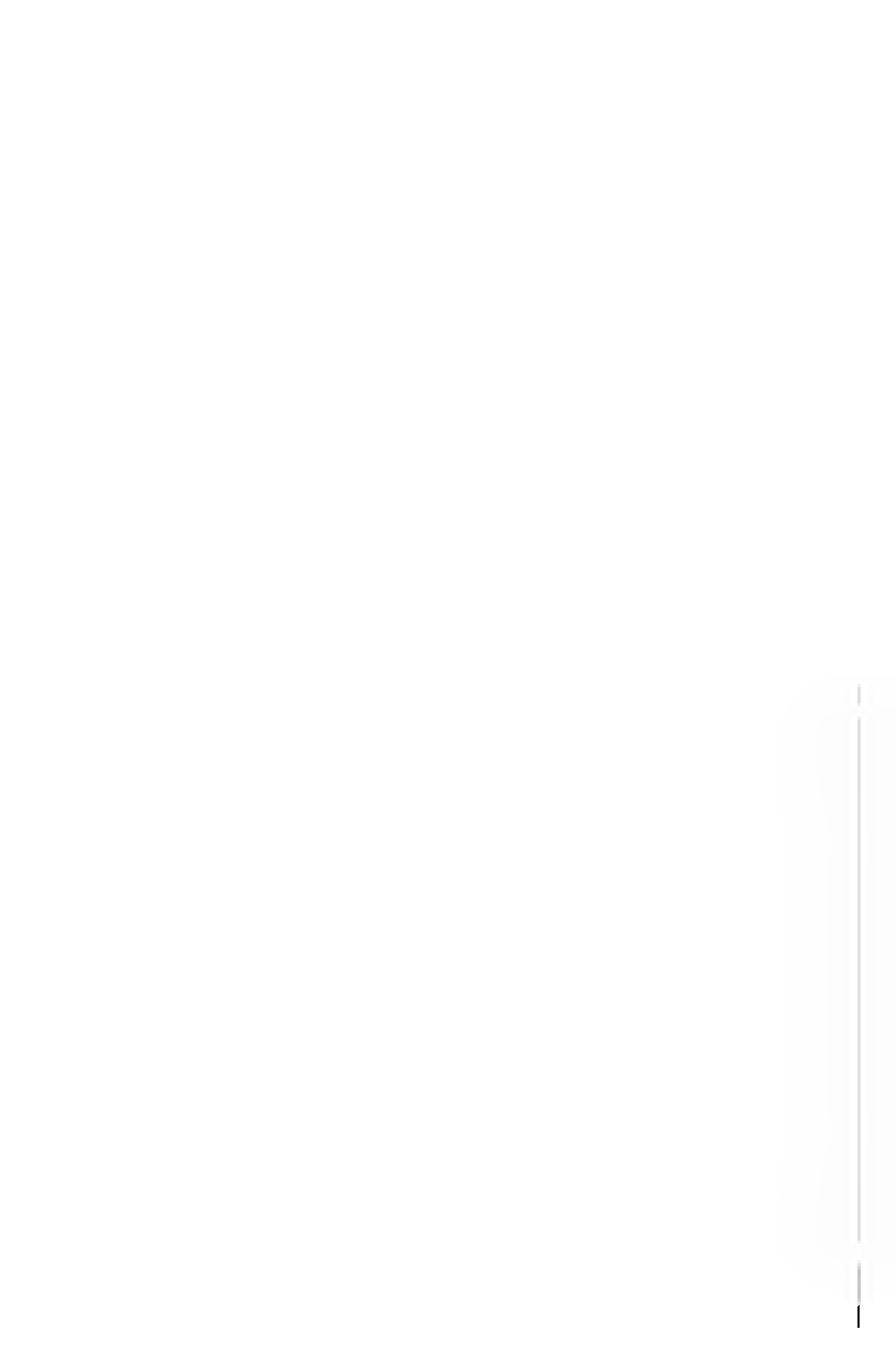
Dans plus de la moitié des cas, la mort est la terminaison fatale. Quand survient la guérison, c'est ordinairement à la suite D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ; il y a atténuation des symptômes généraux, tandis qu'au contraire les symptômes locaux restent longtemps stationnaires.

L'auteur rapporte ici une série de sept observations avec trois cas de mort survenus soit par aggravation des symptômes généraux, soit par infection, soit enfin par asphyxie.

Cette maladie à allures aussi spéciales, où l'on rencontre une induration pierreuse, faisant corps avec le maxillaire sans fluctuation, se terminant par la gangrène avec un état grave infectieux, semblerait ne devoir en rien prêter à la confusion. Cependant, outre les embarras du début qui peuvent permettre la confusion avec un commencement de scarlatine, d'érysipèle, d'angine infectieuse, il faudra encore faire le diagnostic avec : 1° *Maladies locales, inflammations simples* (fluxions dentaires, phlegmon traumatique, phlegmon large du cou, de

...puytren. phleg. hygroma thyro-hyoïdien, infl. de la bourse
...éreuse de Fleischmann, ostéo-périostite du max. inférieur);
... *Maladies infectieuses et microbiennes* (adéno-phlegmon,
amygd. suppurée et péri-amygd., amygd. infectieuse,
oreillons).

Au point de vue anatomo-pathologique, on a rencontré le
tissu cellulaire altéré depuis la simple rougeur jusqu'à la
gangrène. Les muscles sont dissociés, l'atmosphère celluleuse
des ganglions lymphatiques se ramollit rapidement. Inflam-
mation des vaisseaux artériels et veineux. La glande sous-
maxillaire peut être saine ou au contraire gangrenée. Du côté
du larynx on a trouvé de la rougeur des nerfs vague et
... avec injection du nevrilème, sans grandes lésions
... muqueuses laryngo-trachéales. D'autres fois, les *lésions*
... peuvent aller j... à la destruction.
... encore des ... des plèvres, du
On trouve encore de... L'examen
... la ...



de l'épiglotte. Une petite ulcération existe à la surface supérieure de la tumeur et paraît être le résultat de quelque application caustique.

Un petit lobe de la tumeur paraissant situé immédiatement au-dessous et en dedans du repli ary-épiglottique est enlevé à l'aide de l'écraseur, il se fait un léger écoulement de sang. L'examen du néoplasme révèle une texture fibroïde mais non complètement fibreuse. Le lendemain, ablation d'une nouvelle portion de la tumeur, celle-ci très nettement fibreuse. Les jours qui suivirent, d'autres portions furent enlevées, et le malade complètement débarrassé de sa tumeur qui s'insérait sur le côté droit du pharynx à un demi-pouce au-dessus du repli ary-épiglottique droit; depuis lors, la production n'a montré aucune tendance à récidiver. (*Journ. of the Amer. Med. Association*, 16 oct. 1886.) Dr J. Ch.

Note sur l'emploi du benzoate de soude dans quelques affections catarrhales ou congestives des premières voies, par le Dr Albert Ruault.

C'est à la dose de 4 à 6 grammes au moins et chez des personnes atteintes de rhume vulgaire que l'auteur a administré le benzoate de soude. Il l'a d'abord prescrit à la période dite de coction et a cru remarquer qu'il abrégeait notablement la durée de la maladie. Plus tard, il l'a prescrit dès le début et a pu de la sorte hâter manifestement l'évolution de l'affection.

Une seule fois il a obtenu des résultats incontestables dans le cas de laryngite catarrhale, aiguë, simple, primitive. Dans l'angine érythémateuse on voit disparaître la rougeur, la sécheresse et la douleur à la déglutition.

S'il est vrai qu'il ne saurait recommander l'emploi du benzoate de soude dans la laryngite catarrhale chronique et dans la bronchite chronique, il en est tout autrement dans les cas de coryza chronique simple et dans quelques formes d'angine chronique où les résultats obtenus sont très satisfaisants.

Il n'a pas eu l'occasion d'en prescrire l'emploi dans le







pas permis. Je remplaçai alors le sirop par des pilules de protoiodure et prescrivis pour le chancre des lavages et des insufflations d'iodol et d'iodoforme (ãã), et pour la gorge un gargarisme iodo-ioduré.

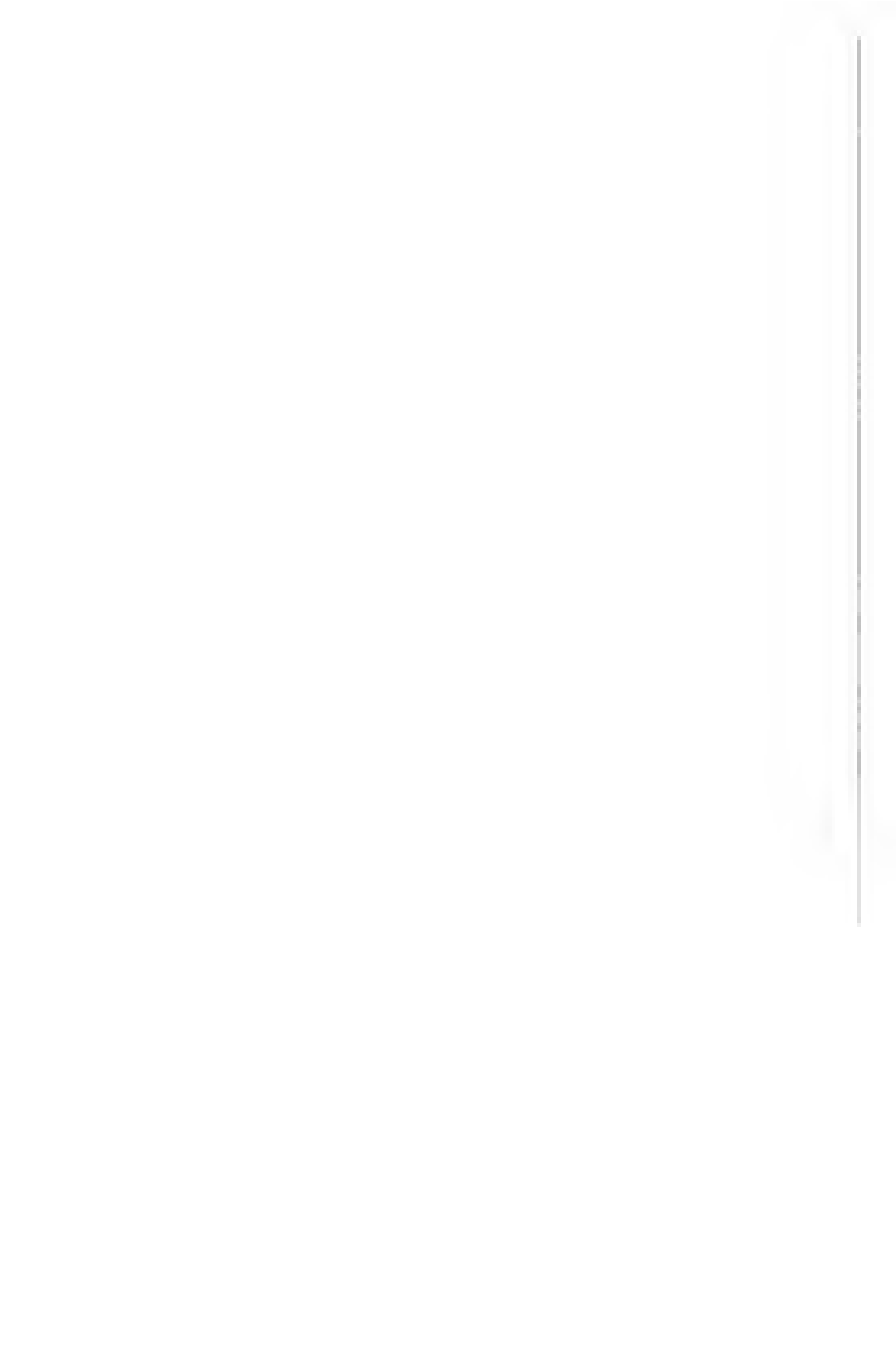
Le malade fit alors son traitement avec régularité. Quinze jours après, la saillie de la fosse nasale commençait à diminuer, mais c'est seulement à la fin du mois de novembre que la cloison reprit son aspect normal. Dès les premiers jours cependant les symptômes généraux commencèrent à s'amender et les douleurs disparurent pour ne plus reparaître.

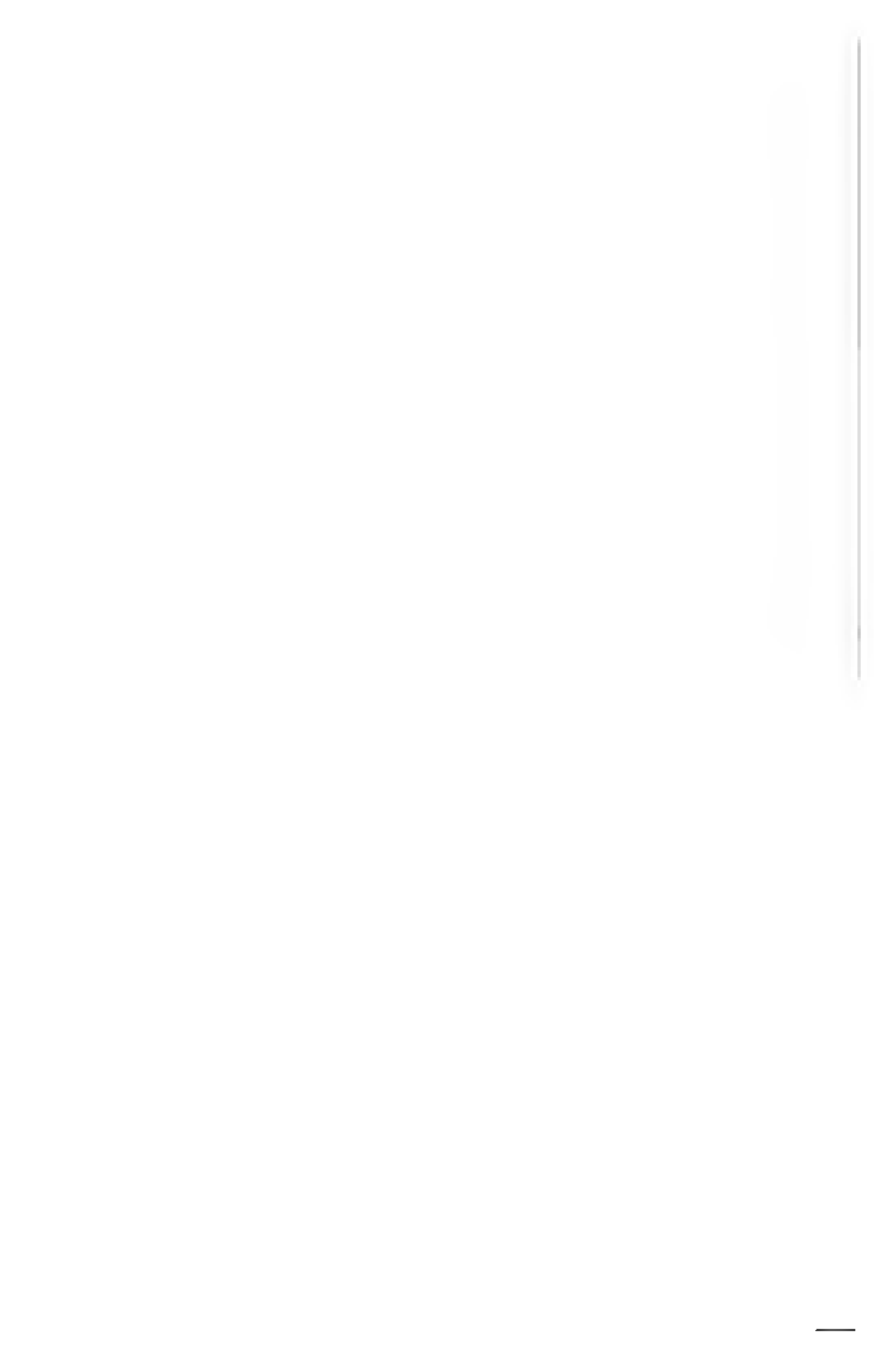
Réflexions. — Je n'insisterai point sur les suites de l'affection qui furent celles de la syphilis habituelle. Deux faits ont surtout été frappants dans ce cas et dans celui de M. Spencer Watson, auquel j'ai fait allusion au début de ma communication, ce sont les symptômes généraux et l'accablement éprouvés par nos deux malades.

La nourrice de l'auteur anglais eut même de la fièvre, symptôme que je n'observai pas cependant chez mon malade, mais ce dernier eut une éruption cutanée presque confluente et formée de véritables papules saillantes ayant près d'un demi-centimètre de diamètre, en même temps que les accidents de la gorge se développaient rapidement sur les piliers, la face interne des joues et la luette. La dépression morale s'explique évidemment autant par l'influence de la syphilis que par le siège de la lésion qui déterminait un coryza intense ; or, nous savons tous que dans certains coryzas aigus et violents ce phénomène s'observe parfois à un degré assez marqué, pendant que la muqueuse pituitaire est enflammée et turgescente.

Si, poussant nos investigations, nous recherchons quel a été le mode de production de ce chancre, le problème sera plus difficile à résoudre.

La nourrice de M. Watson avait été directement conta-



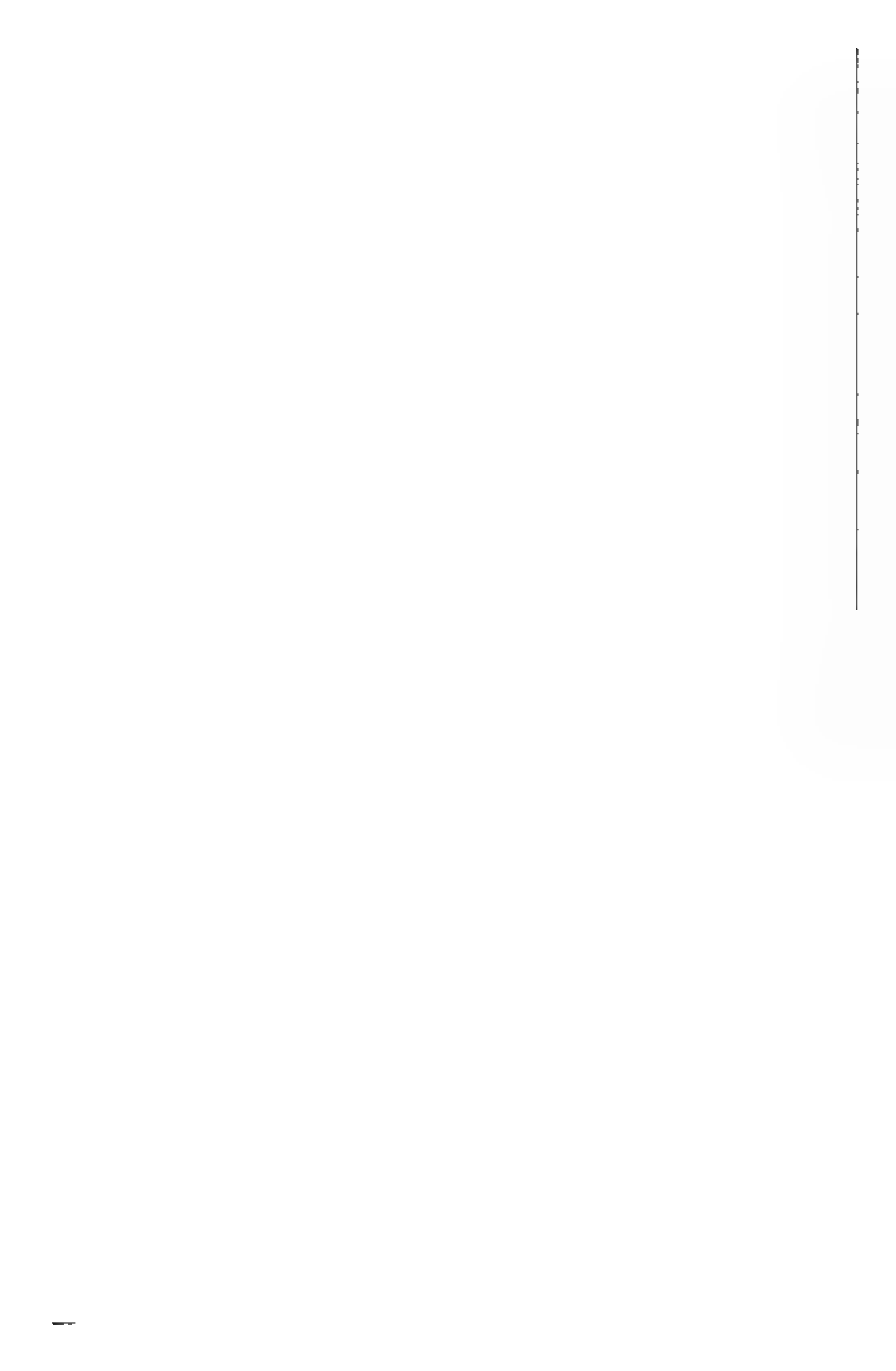


tismes articulaires et a remarqué, depuis 1871, une diminution de l'acuité auditive droite avec bourdonnement en zi. La perception cranienne à la montre est nulle à gauche, faible à droite. La montre n'est pas entendue au contact du pavillon gauche; elle l'est à droite. La voix à timbre ordinaire est entendue de près. Le jour de la première séance de pression et de la seconde, l'acuité du côté droit a augmenté. Après la seconde séance l'audition est restée améliorée. Les bourdonnements ont beaucoup diminué.

Les séances de pression doivent durer cinq à dix minutes, suivant les cas, quelquefois plus, en ayant soin de séparer, de temps en temps, chaque pression par un intervalle de quelques secondes. Elles seront renouvelées d'autant plus souvent qu'elles seront moins fortes, c'est-à-dire tous les jours, tous les deux ou trois jours, ou même moins fréquemment, s'il existe de la congestion de la couche cutanée du conduit auditif externe.

Ces exemples et beaucoup d'autres que nous pourrions citer prouvent que les pressions centripètes fortes exercent véritablement chez certains malades une action efficace sur l'articulation stapédo-vestibulaire. Elles doivent être continuées à titre de traitement, quand on a cessé les cathétérismes, et même employées concurremment avec eux. Elles seront plus fortes en raison directe de l'état pathologique, mais on aura bien soin de se rendre préalablement un compte exact de l'état du tympan, afin d'en proportionner la puissance à la résistance de cette membrane.

Des pressions centrifuges. — Elles consistent à agir sur les parois de l'oreille moyenne par l'air insufflé dans ses cavités au moyen du cathétérisme, ou des procédés de Valsalva-Lévi, de Politzer, etc., Elles servent à déjeter le tympan en dehors, et à faire exécuter dans le même sens un mouvement aux osselets, par conséquent, à diminuer le degré d'enfoncement de l'étrier dans la fenêtre ovale déterminé par les pressions centripètes.



CLASSIFI

§ I. — Divis

Les muscl
recherches p
gistes, tant
travaux et le
vili, on n'est
agents moteu
eux.

Nous essai
sur ces imp
résultats que
toire de l'anc
piques sur l'h

Galien est
fait connaîtr
Fabrice d'Acq
l'éloge par un
père, en a do

Sans nous
description, d
dans cette étu
rimentation p
goscope a, d
à tous les pro
voix humaine
l'anatomie et
peu de chose

Afin de rend
lucide possibl
servi de base

La première

(1) Communicatio
séance du 14 avril

existe. et l'intégrité de la fonction respiratoire exige qu'elle soit toujours ouverte et libre.

Or, les deux vantaux exécutent sans discontinuité, un mouvement de va-et-vient toutes les quatre ou cinq secondes; le degré d'ouverture du passage varie en conséquence de quelques millimètres en plus ou en moins chaque fois. Ils sont, en effet, le siège de deux déplacements contraires et opposés qui les écartent et les rapprochent sans les appliquer toutefois l'un contre l'autre.

Ces vantaux ne sont autre chose que les *replis ou lèvres* de la glotte, les *cordes vocales* de Ferrein, dont les aryténoïdes représentent les *chevilles*. Leur écartement et leur rapprochement quelque exagérés qu'ils soient, n'offrent aucun inconvénient dans les conditions de la respiration calme et normale. Ce fait très important vient de ce que l'aller et le retour de ces valvules mobiles s'opèrent indépendamment de la volonté, et cette indépendance est la meilleure garantie de la régularité du mécanisme de l'acte de la respiration. Quand cette *volonté* intervient, c'est toujours pour maintenir l'intégrité de leurs mouvements rythmiques, pour faire disparaître la cause ou l'obstacle qui les ont troublés.

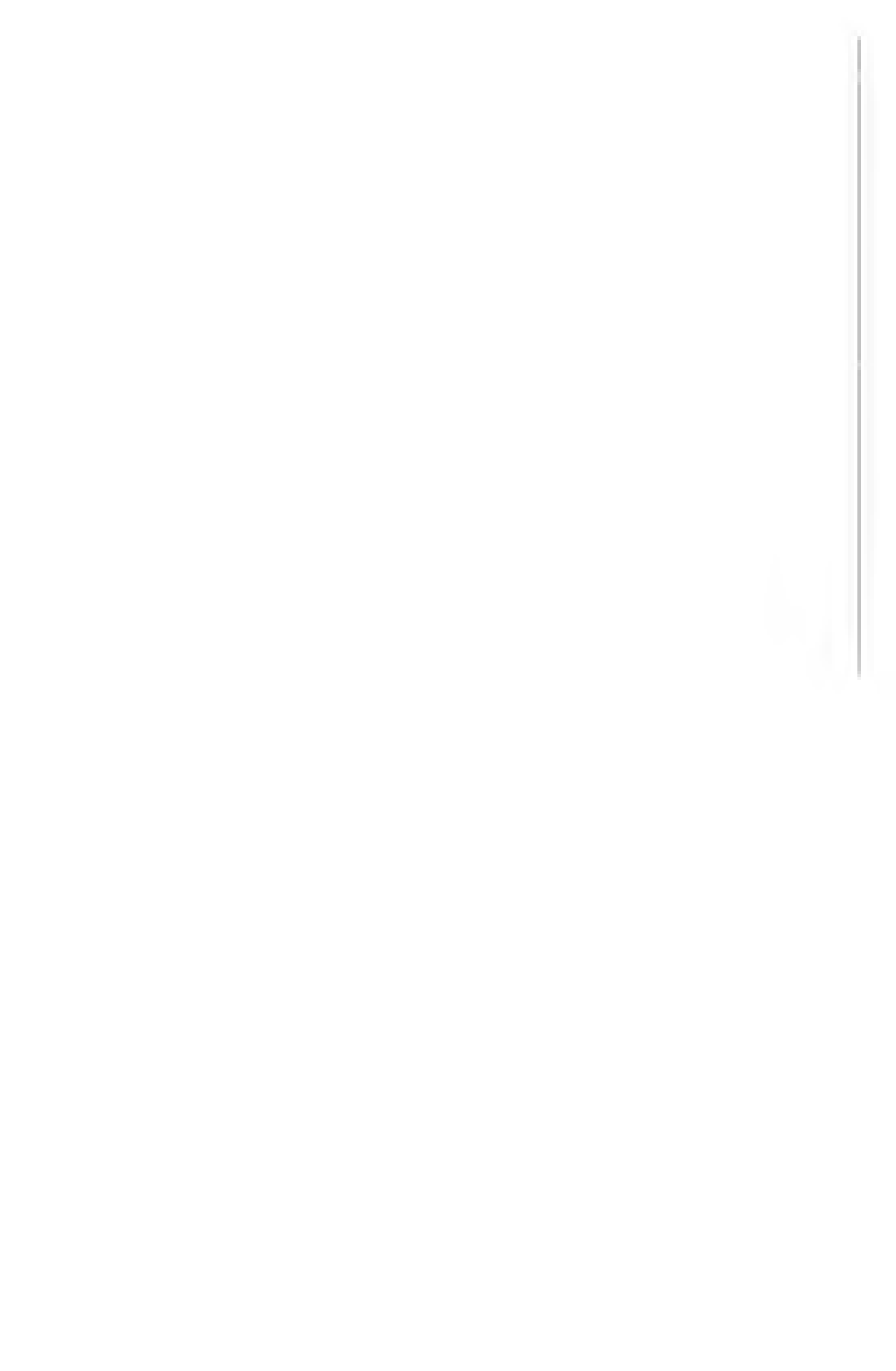
Ainsi, ce n'est qu'accidentellement que les bords de la glotte, autrement dit les vantaux de la porte-écluse, se trouvent amenés jusqu'au contact et maintenus en cet état; l'orifice étant rétréci ou fermé, l'air entre et sort difficilement, bruyamment comme à travers une fente de porte mal jointe. Nous n'avons pas à nous occuper de ce sujet en ce moment, pas plus que de l'interruption volontaire ou simulée de son écoulement.

Constatons seulement :

1° Que l'écartement et le rapprochement alternatifs des bords de la glotte sont synchrones avec les deux actes de la respiration, savoir : l'Inspiration et l'Expiration.

2° Qu'ils s'exécutent *passivement*, *automatiquement*, c'est-à-dire sans que la volonté intervienne, contrairement à







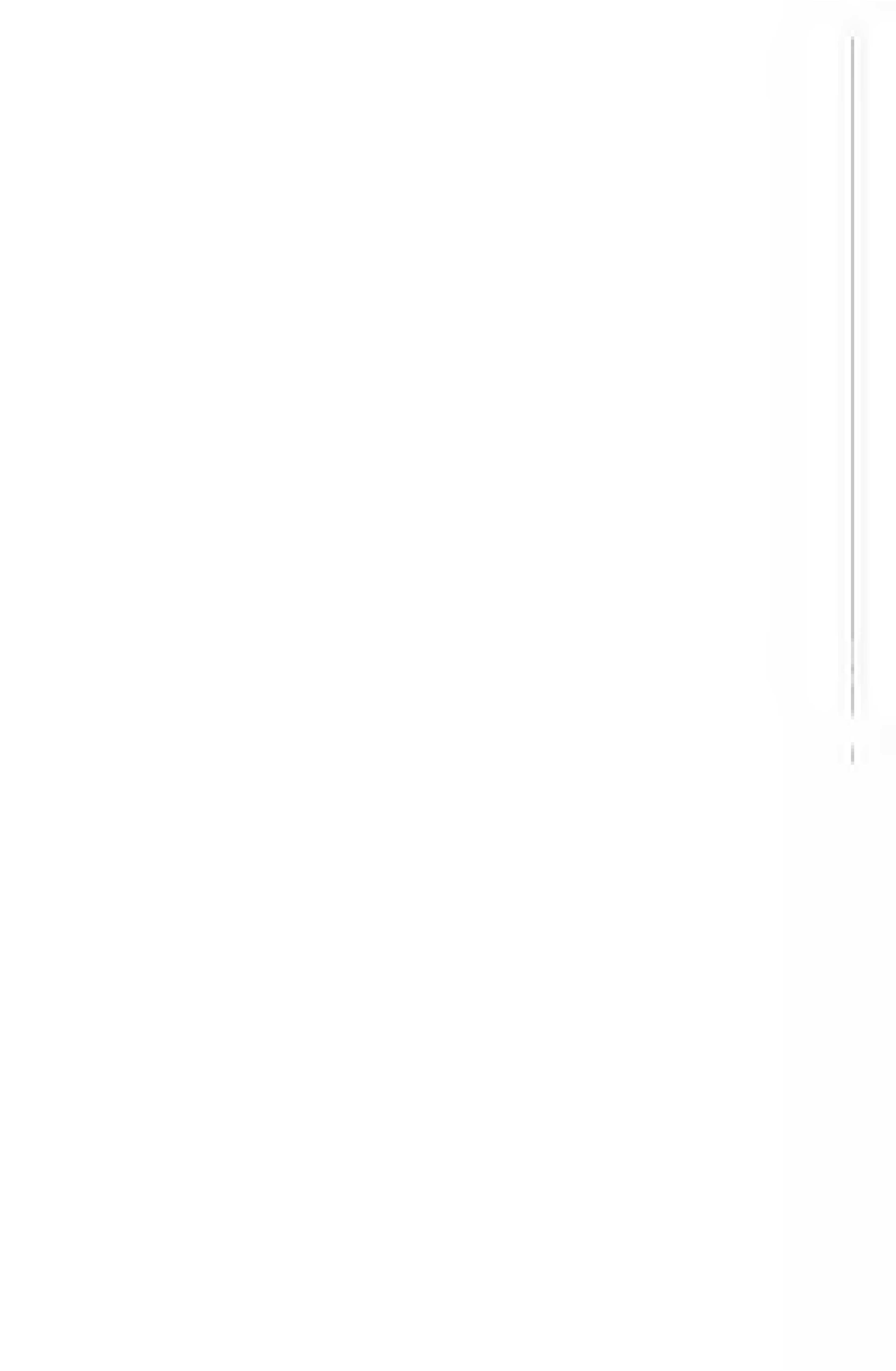
Obs. IX (Dr Ruault). — Jeune homme de quatorze ans, arthritique, rhinorrhée abondante, cornets inférieurs notablement hypertrophiés; le contact de la sonde de femme détermine du vertige, antérieurement accès vertigineux. Guérison des accidents par des applications de galvano-cautère.

Chez ces neuf malades, il n'y avait aucun trouble du côté de l'estomac, de l'oreille ayant déterminé le vertige. il faut donc conclure à l'existence du vertige nasal, surtout si l'on pense au précepte *naturam morborum ostendunt curationes*.

Ce vertige est d'ordre réflexe; il résulte de l'excitation des filets du trijumeau qui innervent la muqueuse pituitaire; cette excitation est transmise aux centres nerveux, en passant sur le ganglion de Meckel; il se produit soit dans le cervelet, soit dans l'encéphale, une anémie partielle, une contraction localisée des vasomoteurs, d'où les accidents vertigineux. L'irritation des filets du trijumeau est liée le plus souvent à une grande distance de la muqueuse, au gonflement des corps caverneux; elle peut tenir à une cause permanente ou passagère; enfin la cause excitante peut être locale ou éloignée, et dans ce dernier cas, c'est ce premier phénomène réflexe qui donne lieu à une seconde action réflexe.

A propos de localisations nasales, disons que chacun des différents segments de la cloison et des cornets inférieurs et moyens a été successivement regardé par les auteurs comme étant le lien sensible, le point de départ des réflexes (John Mackensie, Longuet, Baratoux, Hack, Hering). Etant donnée la grande divergence qui existe entre les conclusions des expérimentateurs, nous pensons que les réflexes peuvent prendre naissance dans toutes les parties de la pituitaire. Du reste Jukerkandl a établi que le tissu caverneux se rencontre dans toute la muqueuse du nez à l'exception de la fissure olfactive.

Les altérations de la muqueuse pituitaire qui sont susceptibles d'amener l'excitation des filets du trijumeau et



Pour obtenir l'
il exerce brusque
l'autre main faise
tralement oppose
brusquement forc
d'engager énergi
ment le son prod
rapidement acq
ment une série d
forcées. Graduell
L'auteur cite à l
la guérison qu'on
et intra-laryngée
qué ci-dessus. (E

Etude sur la p

Les tracés qu'
que la qualité de
adopté par le suj
1° Le diaphra
subissant, par l
de contraction
muscle inspirate
Dans le premie
aucune compress
sité. Il faut, pour
es viscères comp
Deux inconvé
1° il détermine u
conséquence de l
non employé à l'é
du larynx, la c
l'étranglement d
Dans le second
tracter établit un

d le tube est saisi entre les branches de la pince
·nge, et l'abturateur s'appuie sur l'extrémité infér
be. Vient-on à lâcher le tube après l'avoir port
ıx, il se met en place, et l'obturateur peut êtr
tœrk prétend, depuis qu'il se sert de cet instru
· obtenu d'excellents résultats; aussi en recomm
nent l'emploi. Des expériences qu'il a faites, il rés
ıurait guère de différences pour l'introduction
s'agisse de larynx grands ou petits. (*Wiener*
ie, n° 12, 20 mars 1887.) M. Nat

**alcool éthylique, de l'aluminium acéto-tartric
ıs les maladies de la muqueuse du nez, de l
ıo-pharyngienne et laryngienne : contribution (**
co nelle malattie della mucosa nasale, ecc, ecc.), par M. Co

après l'A..., l'alcool rectifié, additionné ou abso
circonstances, donne des résultats admirables
es les plus diverses d'hypertrophie et d'hyperp
uqueuse nasale, et surtout des rebords des co
les cas fréquents de dégénérescence muqu
ide de ces derniers. Mêmes résultats aurai
ıus dans les tuméfactions chroniques (mais cata
muqueuse du pharynx, du vestibule du laryn
ıs vocales, même dans les cas où il y avait des pa
s myxomes, ou bien des traces de ces derniers.
ırte aussi avoir employé l'alcool comme tr
·imental dans un cas de végétations adénoïde
é naso-pharyngienne. On pourrait en indu
ıol qui possède une réaction déshydratante très
i est, en même temps, un stimulant, fait contr
s vasculaires, et trouve de la sorte son indicat
ines affections de la muqueuse des premièr
nnes. En effet, les cornets sont des corps hyg
par excellence, de même que certaines produ
de dégénérescence, les myxomes, ou bien e
tations adénoïdes.
luminium acéto-tartrique et l'aluminium acéto-g

brusquement, disparaît de même, et sans occasionner autr chose qu'un peu de gêne. A droite, on a aussi vu un jou se montrer une saillie semblable, mais beaucoup plus petit et semblant être une dépendance de la première. Sou l'influence du traitement institué par M. Daremberg, le phénomènes s'amendèrent et au mois de décembre, l'éta général était satisfaisant et la respiration plus facile.

Cherchant à déterminer la nature de cette tumeur e rejetant l'hypothèse d'un goître du lobe gauche du corp thyroïde, MM. Daremberg et Verneuil, s'arrêtèrent a diagnostic de trachéocèle. Selon eux, à la suite d'une perfo ration de la paroi postérieure de la trachée, il s'est développ une sorte de sac entre la trachée et l'œsophage et qui a fai hernie entre les deux conduits. Au début, l'orifice très étroi du sac, l'empêchait de vider facilement son contenu, et c'es pourquoi on observait à la suite de la compression ce formi dable accès de suffocation de la période initiale.

Le pronostic est grave, le malade pouvant mourir d'u instant à l'autre dans un accès de suffocation. L'affectio dans le cas particulier pouvant être considérée comme l résultat consécutif d'un rétrécissement trachéal, le seu moyen de parer aux éventualités de la suffocation, c'est l trachéotomie qui devrait être faite au thermocautère suivant le procédé de Vicq d'Azir. (*Revue de Chirurgie* 10 mai 1886.) M. Natier.

Trachéocèle traumatique, par M. le Dr Fernand Giraud, chef d Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Marseille.

Une femme de quarante-un ans, entre à l'hôpital avec un plaie transversale du cou intéressant à la fois la peau, l sterno-mastoïdien et les scalènes, ainsi que la jugulair externe. Au bout de dix jours, tous accidents ont disparu e il ne reste plus qu'une plaie cutanée. A cette époque, on voi apparaître chez la malade, à la suite des accès de toux pro voqués par une bronchite, une tumeur molle, facilemen extensible et réductible, disparaissant avec la toux et se reproduisant avec elle. Cette tumeur est située sur le côt

ant des cartilages. L'œsophage était envahi par le cancer
ε centimètres de ce conduit durent être réséqués. On
duisit un tube stomacal et une canule qu'on laissa en
anence, puis la plaie fut en partie suturée. L'opération
duré deux heures et vingt-cinq minutes.

malade se trouva parfaitement bien les trois premiers
qui suivirent l'opération, mais le quatrième au matin,
spiration devint de plus en plus faible et il mourut
ue subitement. L'autopsie ayant été refusée par la
le, la cause certaine de la mort reste inconnue. (*Sem.*
. 9 mars 1887.)

Polype de la trachée, par le Dr Langlet.

Langlet présente la trachée d'un de ses malades ; on
t implanté un polype. L'examen laryngoscopique n'avait
d'aucune utilité ; il est probable que les chances de
ison n'eussent été en rien modifiées par une opération.

uteur nous paraît bien affirmatif dans ses conclusions ;
l'une part, la trachée est légèrement visible pendant
men laryngoscopique. De plus, les cas de polypes
éaux opérés par les voies naturelles existent, et dans tous
s, il est permis de se demander si la trachéotomie n'eût
sauvé la vie du malade et permis d'intervenir ensuite.
été médicale de Reims, séance du 27 octobre 1886 ;
n *méd. et sc. du N.-E.* n° 2. 15 février 1887.)

M. Natier.

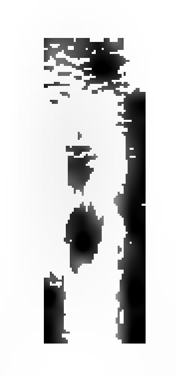
BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

**cas d'artères volumineuses visibles à l'œil nu et pul-
lles de la paroi postérieure du pharynx, avec remar-
s,** par le Dr John W. Farlow, de Boston.

ici le résumé de ces cinq observations :

cas.— E. N..., fillette de treize ans. Catarrhe nasal.
opathie cervicale et pharyngite atrophique. Sur la paroi
rieure, on voit deux vaisseaux très volumineux pulsati-
environ 6 à 7 millimètres en dedans des piliers posté-
s. Au toucher, ils donnaient l'impression d'une artère





II. — Homme de trente ans, syphilitique, ne pouvant nulle-
ent respirer par le nez et prononçant *b* pour *m*, *d* pour *n*,
sant *baban* et *dez* pour *maman* et *nez*, etc. On observe une
hérence cicatricielle du voile du palais et du pharynx,
alogue à celle du premier cas avec cette différence toutefois,
ıe le plan cicatriciel, moins oblique, ne présente aucune trace
fissure.

L'opération, dans les deux cas, a été suivie d'amélioration;
ais on ne doit pas oublier que l'adhérence a des tendances
se reproduire, et, alors, à l'aide de nouvelles incisions et de
dilatation continue, on peut enfin obtenir, et assurer à
ir une voie suffisante.

Ces accidents consécutifs à la syphilis pharyngée, pour-
ient être évités quelque peu, si on avait soin, dans la période
paratrice des lésions gommeuses, de tenir écartée du pha-
nx, la partie restante du voile (*Rivista clinica dell' Univer-
tà di Napoli*, an. VIII, n° 2, Naples, février 1887).

X...

ır l'emploi de la cocaïne appliquée au traitement palliatif de l'amygdalite, par Bœckel.

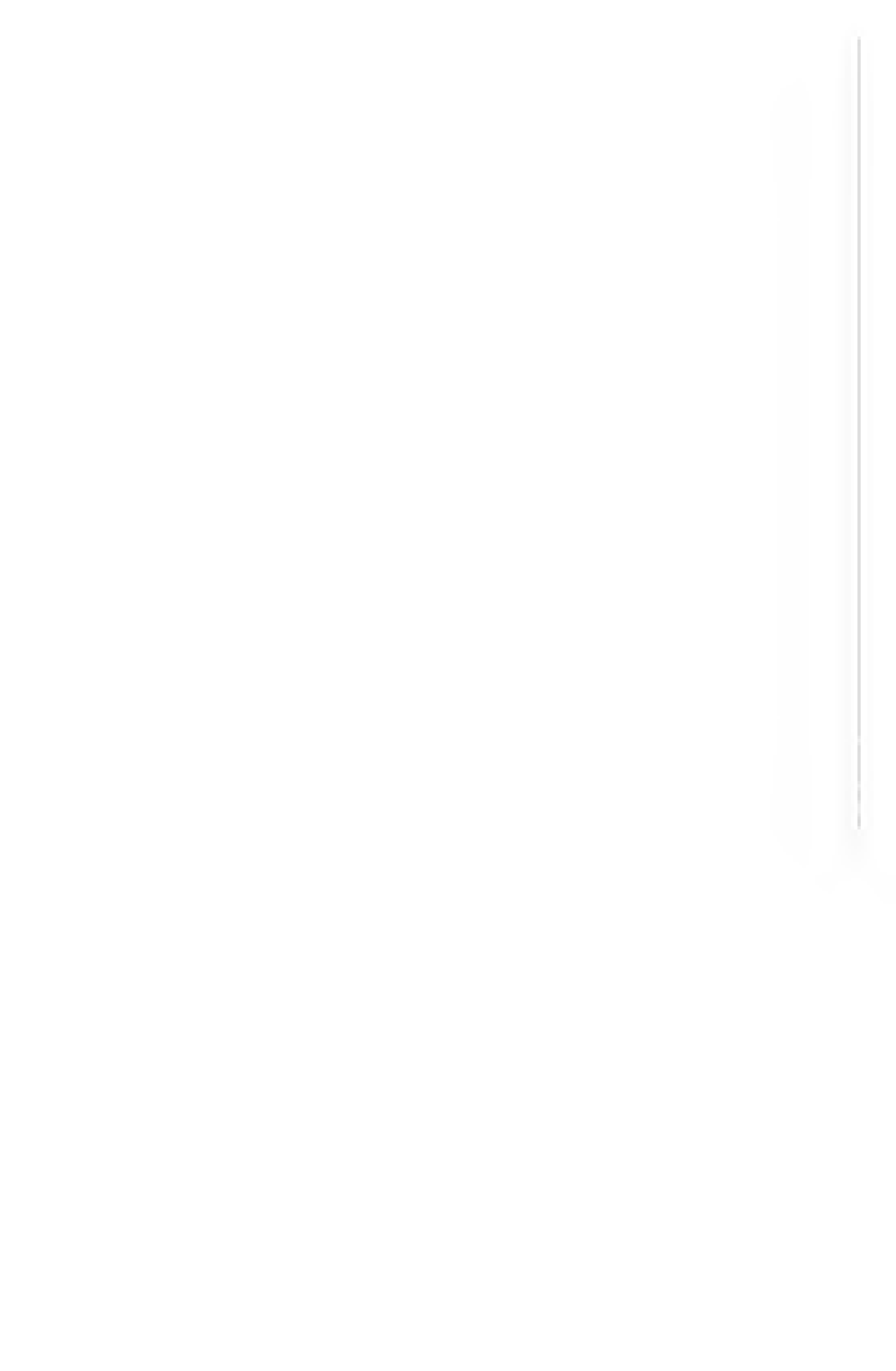
L'auteur ayant au début employé sans succès une solution
20 0/0 se servit sur les conseils d'Eug. Bœckel, le septième
ur, alors qu'il éprouvait des douleurs intolérables, d'une
lution à 10 0/0. Il fit à un quart d'heure d'intervalle, trois
digeonnages successifs; la douleur disparut comme par
chantement, mais ayant essayé d'avaler de l'eau, le liquide
flua immédiatement par le nez. L'effet anesthésique persista
ıe heure. Au bout de cinq quarts d'heure, ouverture
ontanée de l'abcès; auparavant, les six ou huit abcès qu'il
'ait eus avaient tous mis neuf jours à arriver à maturation.

Comme conclusion, l'auteur recommandera au début de
mygdalite, des badigeonnages avec une solution de cocaïne
5 ou 10 0/0. (*Gaz. méd. de Strasb.* 1er avril 1886.)

M. N.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16









des mouvements musculaires et de l'équilibre du corps humain, je me permettrai d'élucider cliniquement cette question, ayant observé, il y a environ six mois, un cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, dans lequel apparurent une série d'accidents nerveux, parmi lesquels de violents accès d'angoisses, de vertige et des mouvements forcés tout particuliers étaient ce qu'on remarquait de plus frappant.

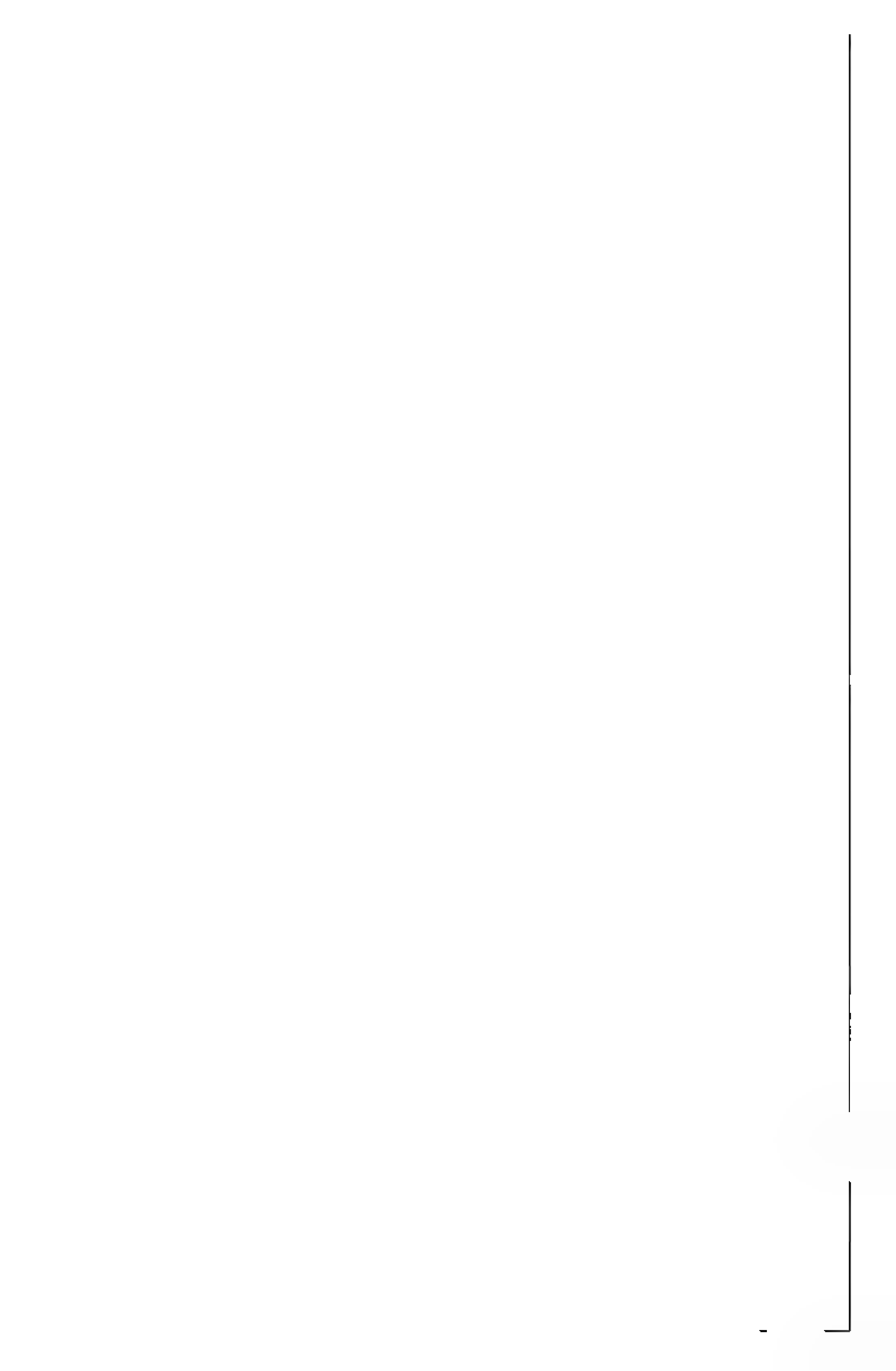
I. — Ferdinand H..., trente-quatre ans, horloger, s'adresse à moi le 16 janvier 1886, pour une affection suppurative de l'oreille droite, laquelle remontait à vingt-deux ans, et s'était déclarée pendant une fièvre scarlatine. Le malade n'avait suivi aucun traitement, excepté dans les dernières années, où son médecin lui avait ordonné des irrigations à l'eau tiède, dont le résultat fut d'atténuer un peu l'horrible puanteur d'autrefois et de lui soulager la tête.

L'écoulement avait été épais, purulent, souvent sanguinolent. L'ouïe, suivant sa déclaration, s'était un peu affaiblie dans l'oreille droite.

Outre ces accidents locaux, il ressent souvent des *douleurs* au côté droit de la tête, jointes à un *sentiment de compression particulier et très gênant dans les parties supérieures de la tête.*

De temps à autre, il *a des accès de vertige*. De plus, il se plaint *d'angoisses* singulières, subites, qui arrivent spontanément et causent un grand trouble dans toute son existence. Parfois, ces angoisses sont moins violentes, de sorte qu'en faisant appel à toute sa volonté, il parvient à les maîtriser, à se raisonner; mais, parfois aussi, elles sont si fortes et arrivent si inopinément qu'il devient tout à fait la proie de ses frayeurs; il s'affaisse, se cramponne à ce qui se trouve à sa portée, tandis que la sueur de l'angoisse perle sur tout son corps. L'autre jour, il se promenait avec sa femme dans la rue; tout à coup, il perd tout empire sur lui, baisse la tête, et tournant à droite, il fait dix, quinze pas, *automatiquement*, en travers de la chaussée. Il n'avait aucune idée de ce qui se passait, mais







le
so

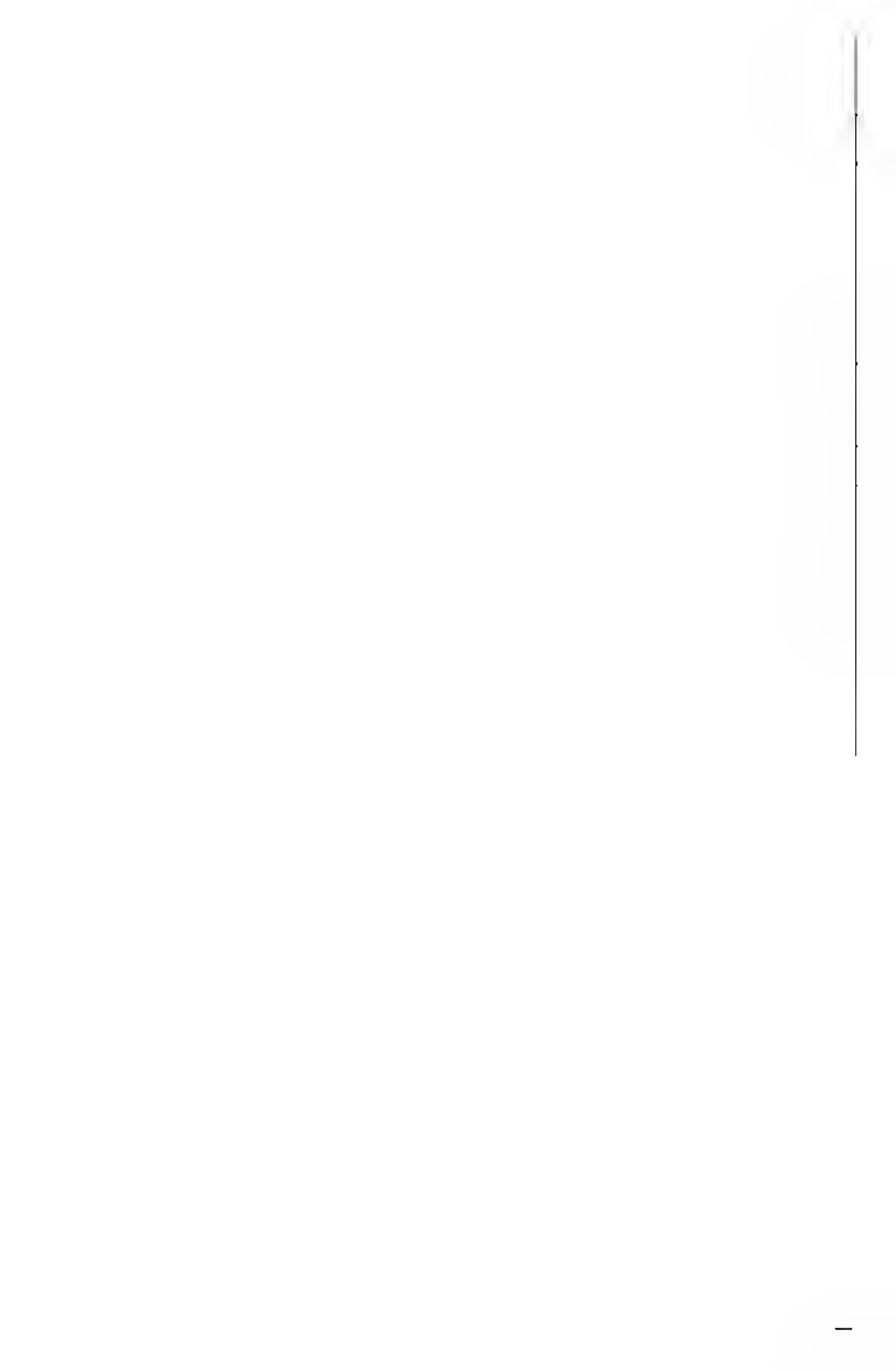
de
u
m
gi
U
ci
a
ps

d'
sis

qu
th

tu
re
re

da
to
n'
de
n'
qu
tio
de
ta
ex
m



l'action résolut
en injections p
petit kyste par
d'iodoforme; si
lable, une solu
premier cas, l
second, au con
tenir. (*La clin*

Considé

A la Sociét
propos d'un c
par lui, le Dr
sur la questio
considèrent en
sans danger, l
salutaire pour
Rappelant l
organes import
ges, sinus, cer
les otologistes,
donné, amener
(*Revue méd. de*

Papillomes mu
lon, etc. (*Papil*
dell' orecchio, e

Femme de s
dant treize ans
jamais traitée.
plète de l'oreil
ulcération supe
à l'hôpital clini
Un examen
complète du co
à un tissu gr







etter. — Croup et d
ain-5 juillet 1887)

a (J.) — Diagnostic,
., nos 23, 25 et 26, 4,

(de la) Ramon. — La
rn., of. Laryng., n°

A.). — De la paralys
mal. de l'Enf., juill

ier (Lyon). — Etiologie
Sem. méd., 15 juin).

sen. — Expériences
gazin for Laegevide

i. — Un cas intéressa
887).

a y Jimenez (U.). A

a (Ez. A.). — Dipht
in 1887)

— Note sur un cas
de dix-sept mois (*Re*

koff (A. P.) — Ligat
on diphtéritique cons
r, VIII, 132, 164

(Corps thyroïde

r — Cancer primitif
mai 1887).

stt-May. — Œsophag
ns trois ans (*Brit m*

lero (Lopez). — Polyp
a, otol. y laring., n

erelli (A) — Un cas
itali, 17 juin 1887, p

eux. — Ablation du
ute-Vienne, 4 avril 18

tik. — De la ligature
., VII, 110 117, *in W*

afi (G.-N.). — Pathog
chensch., 26 mai 188

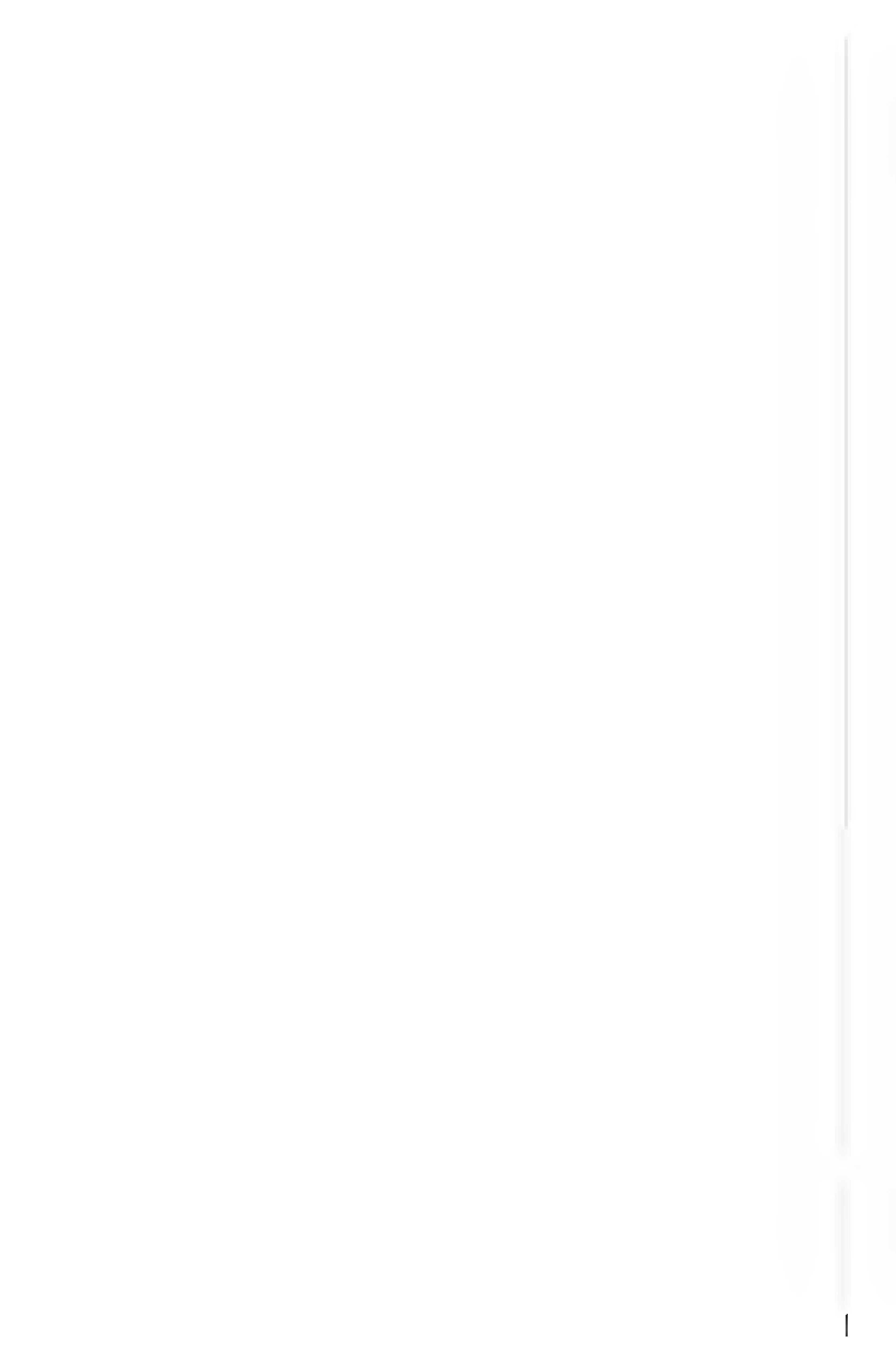
. — Ulcération et po
méd. de l'Est, 15 j

io. — Leçons sur l
ng., etc., fasc. I et II

il. — Contribution à l
l'espace thyro-hyoïdi

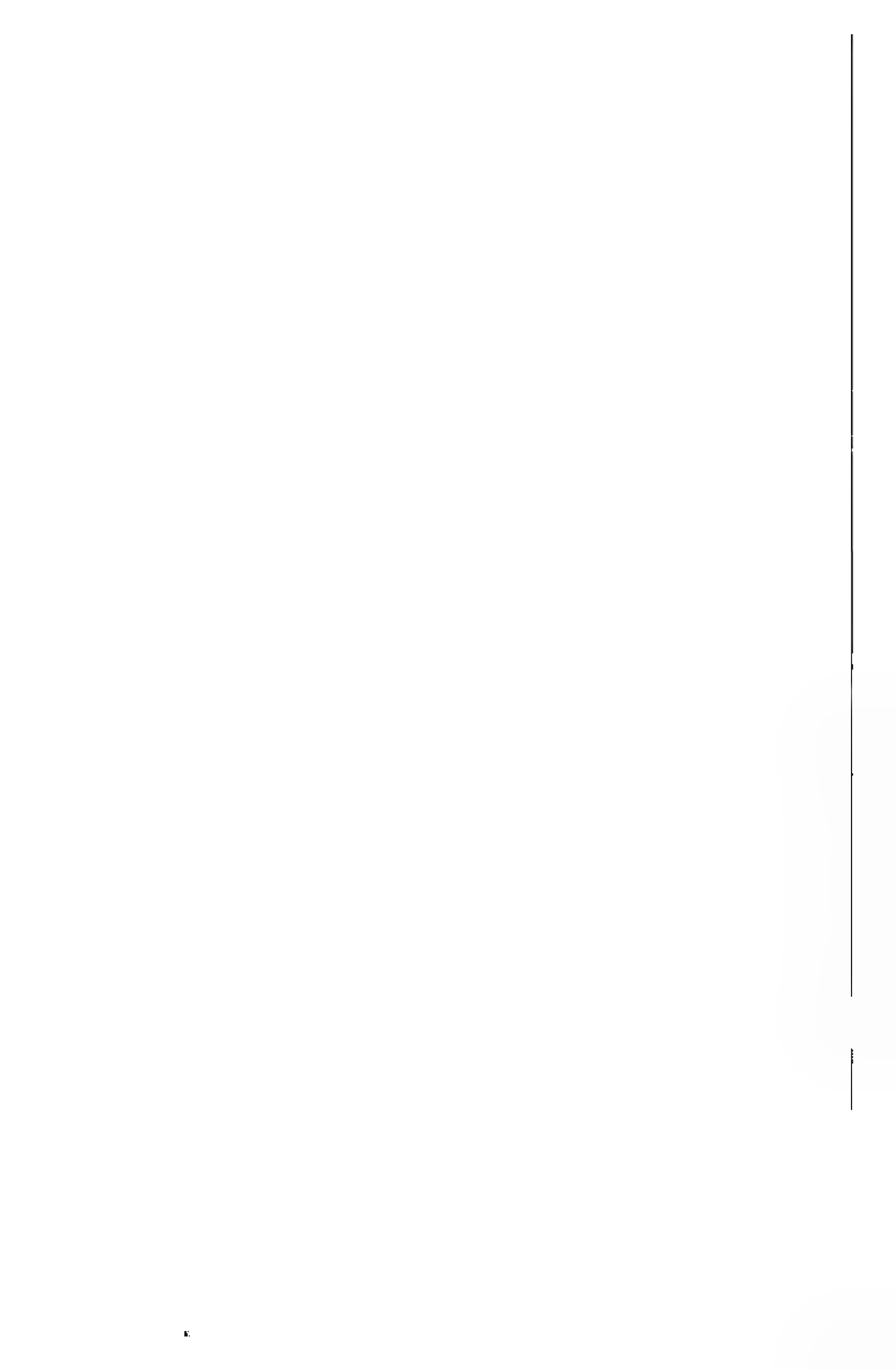
abum. — Anesthési
1, 1887).

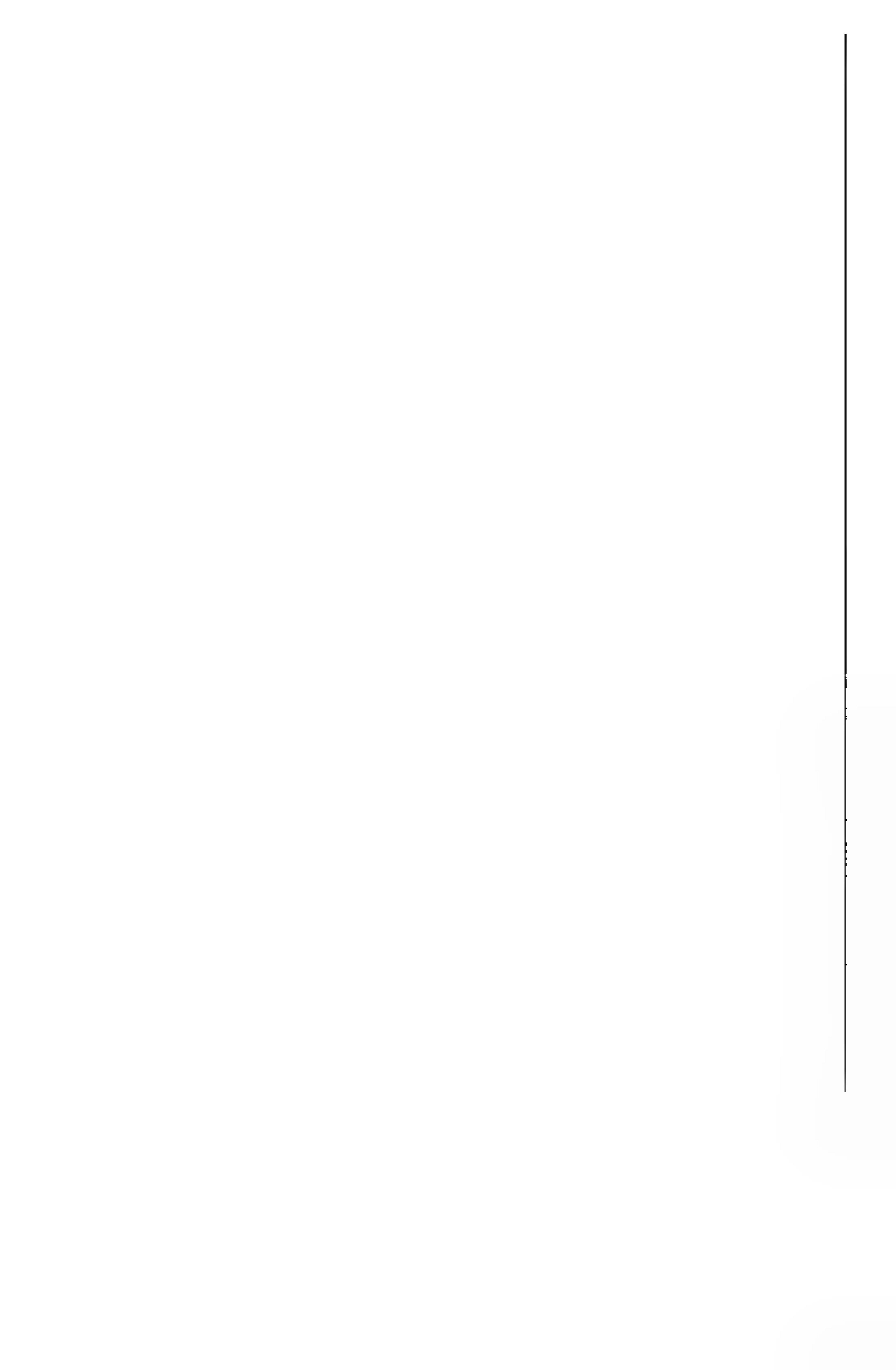
er (G.). — Œsophag
sch. f. chir., XXV B







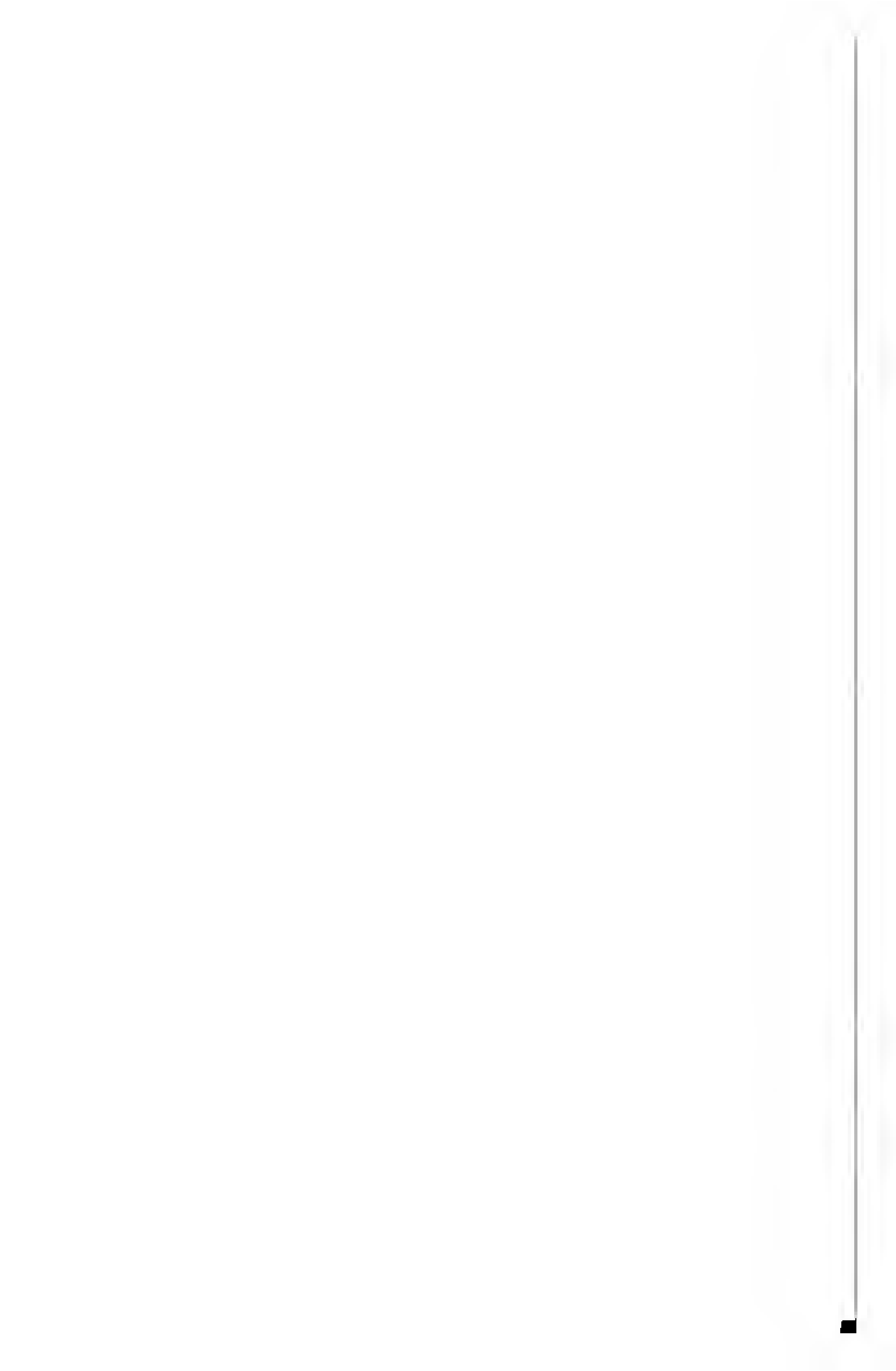


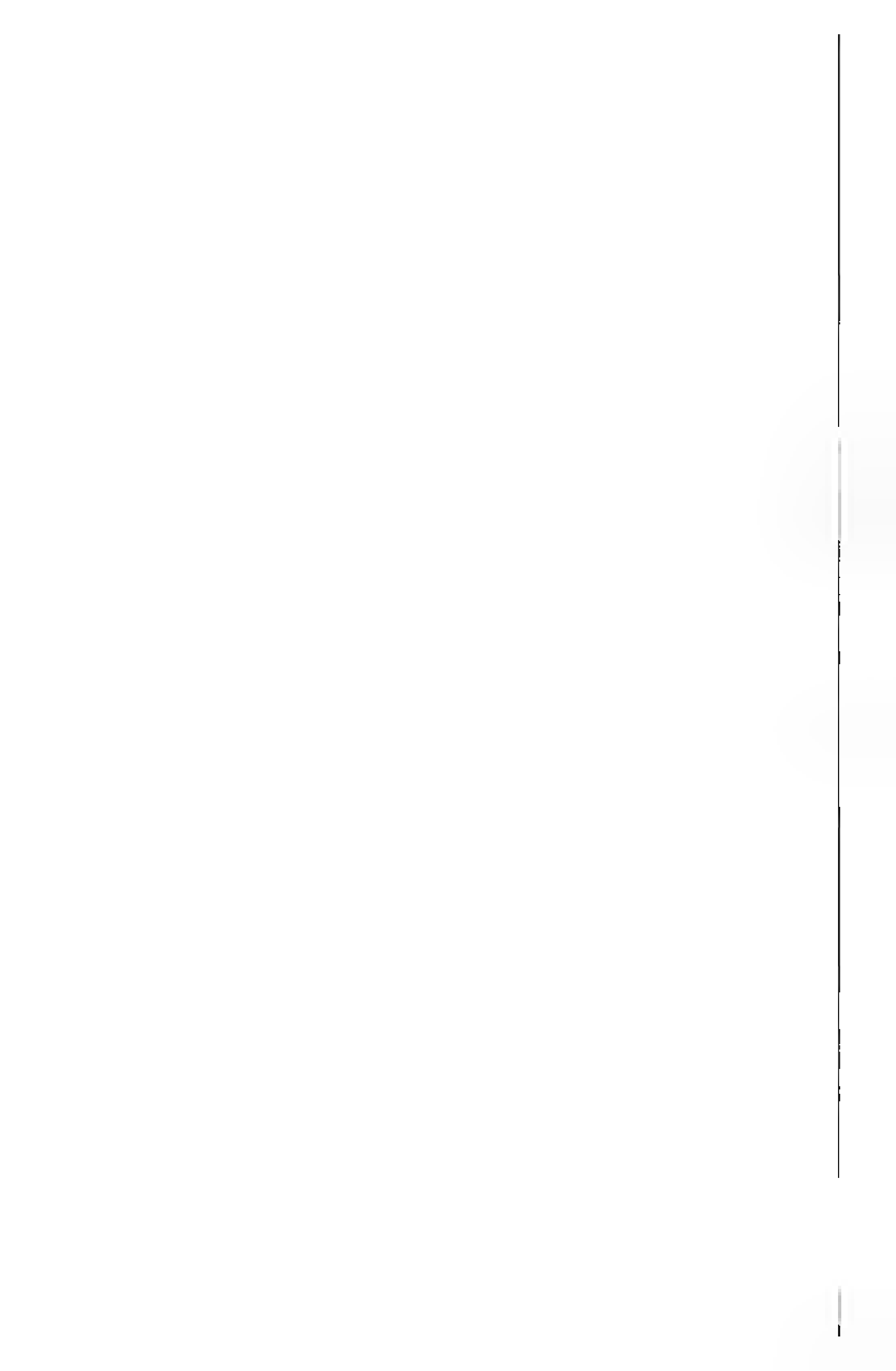


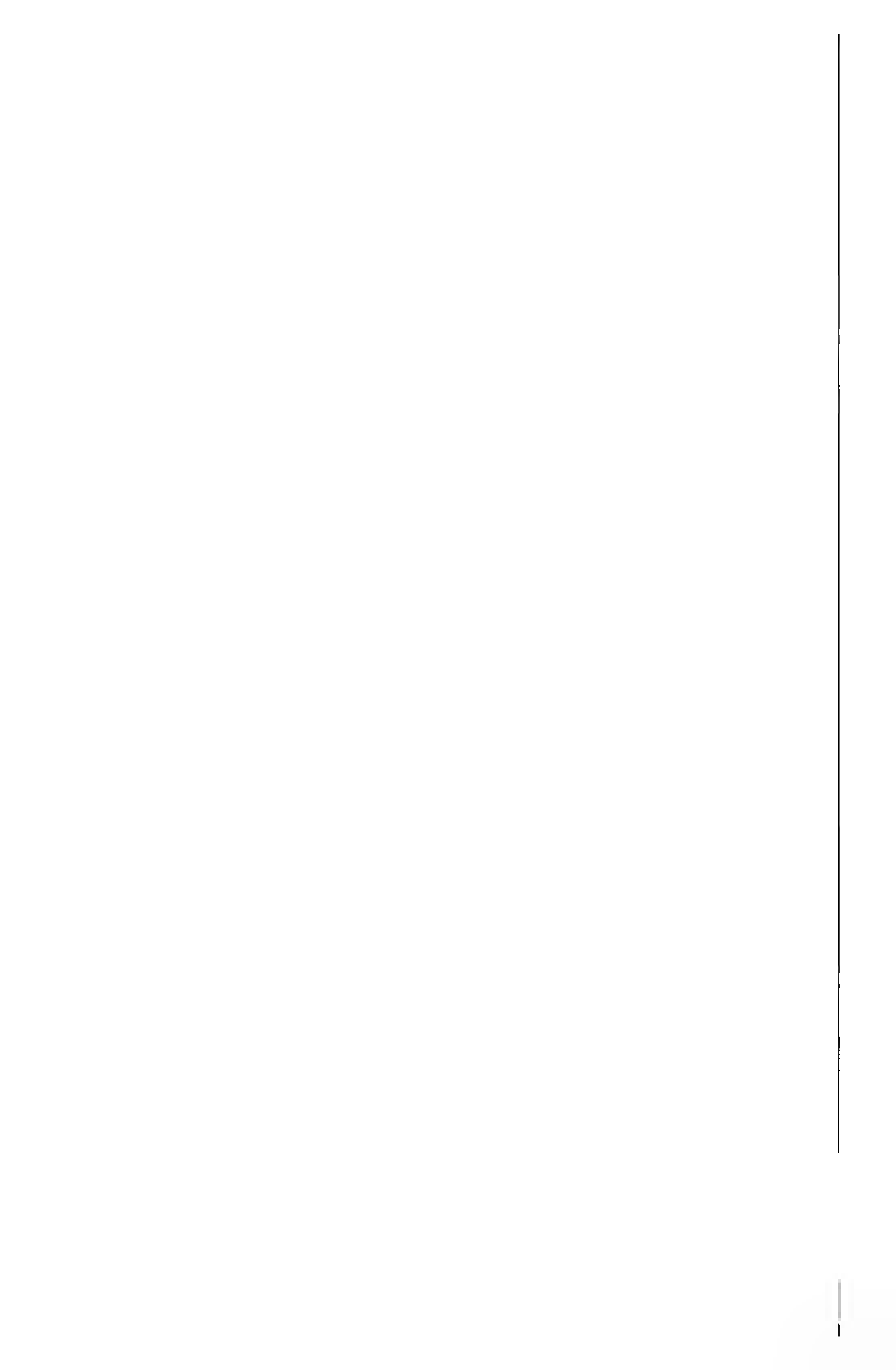




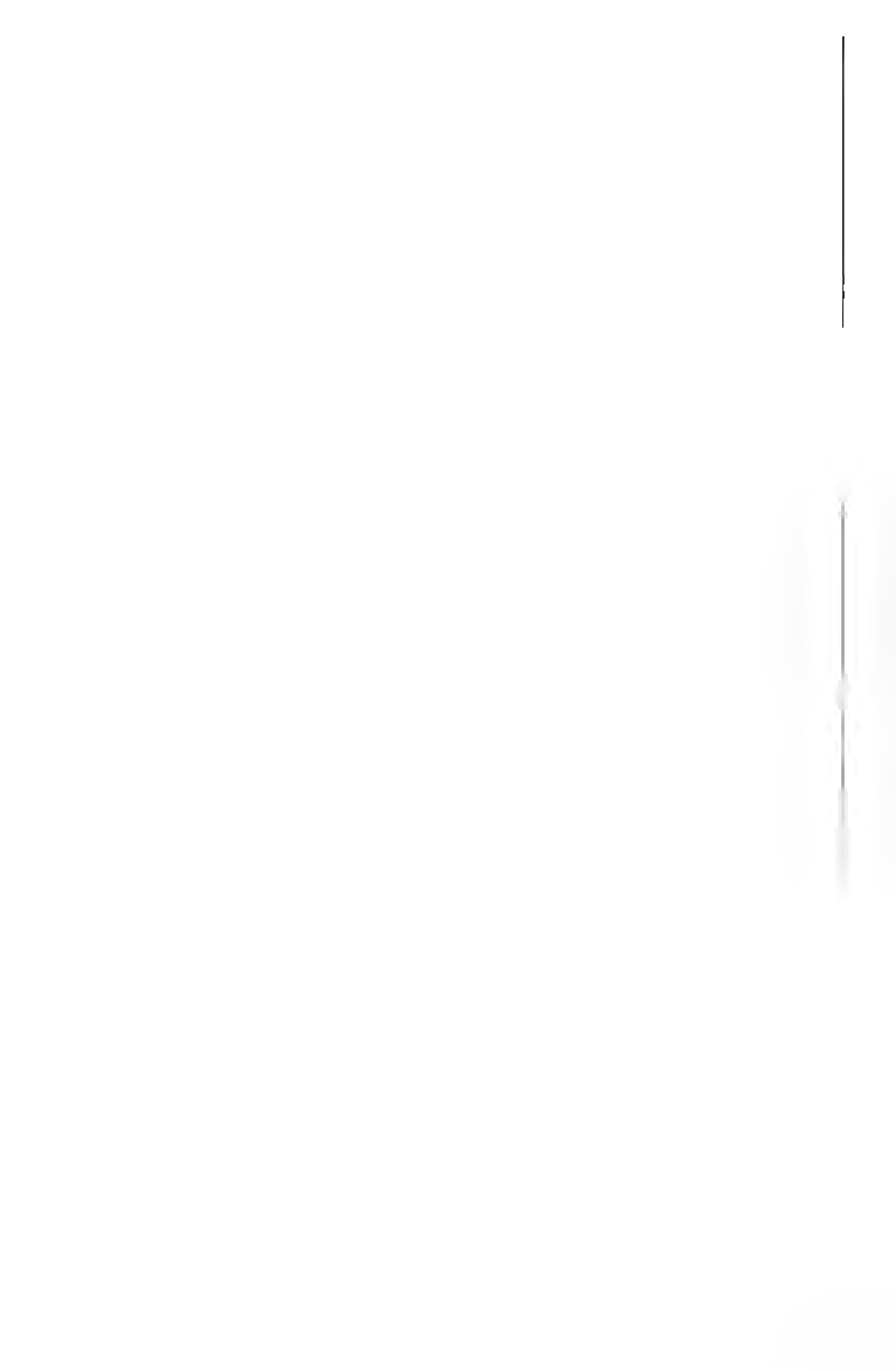




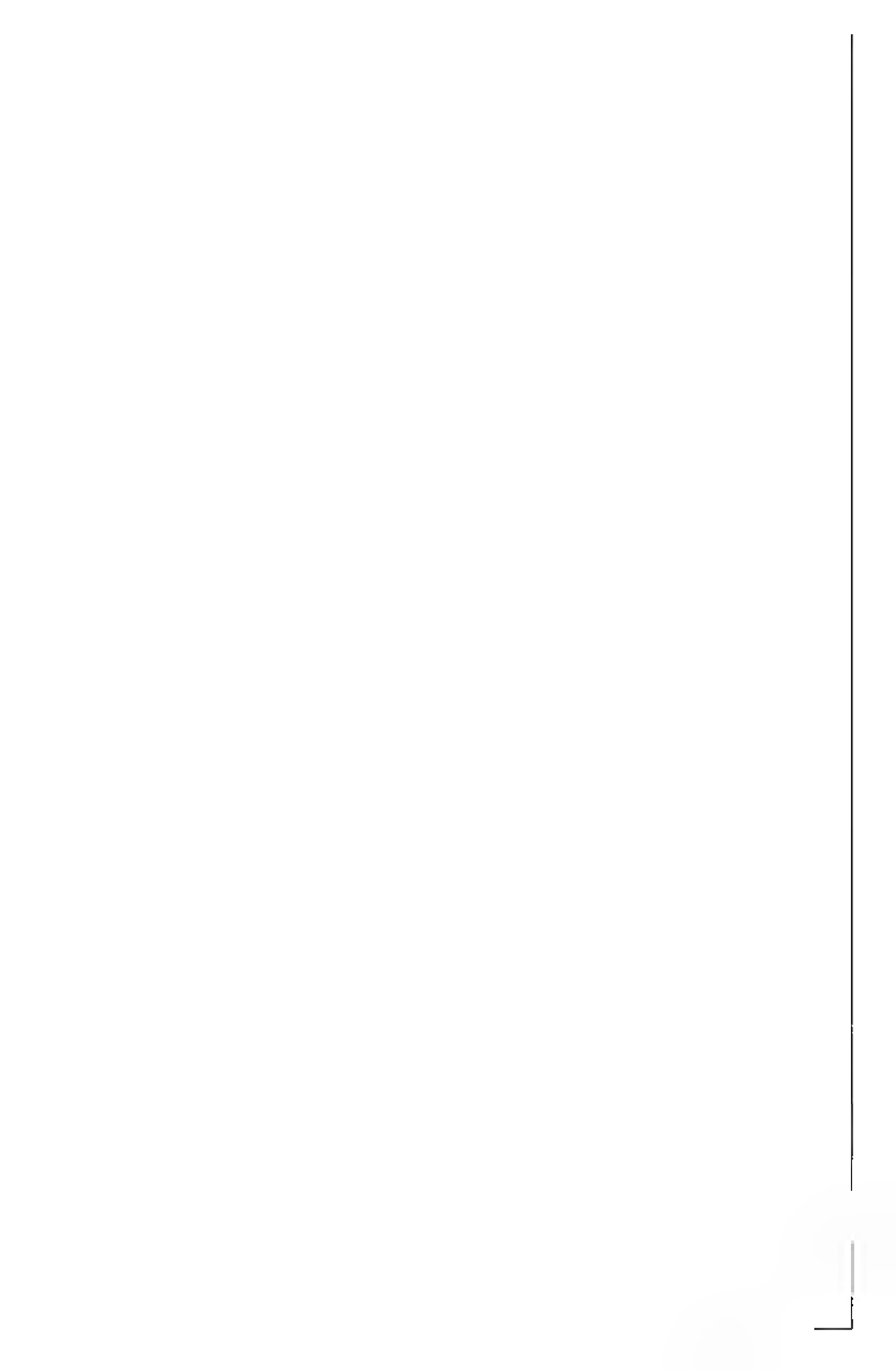


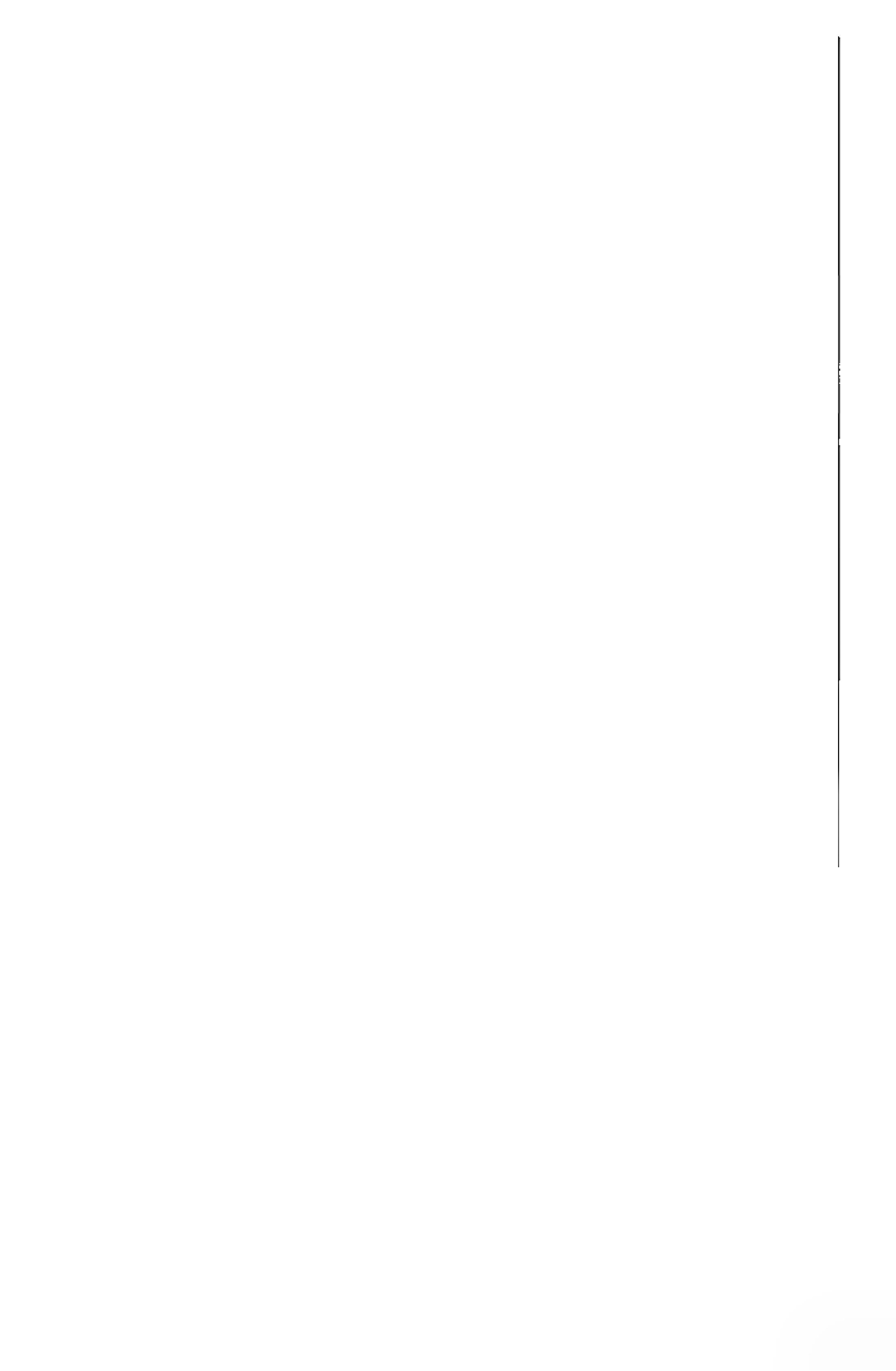




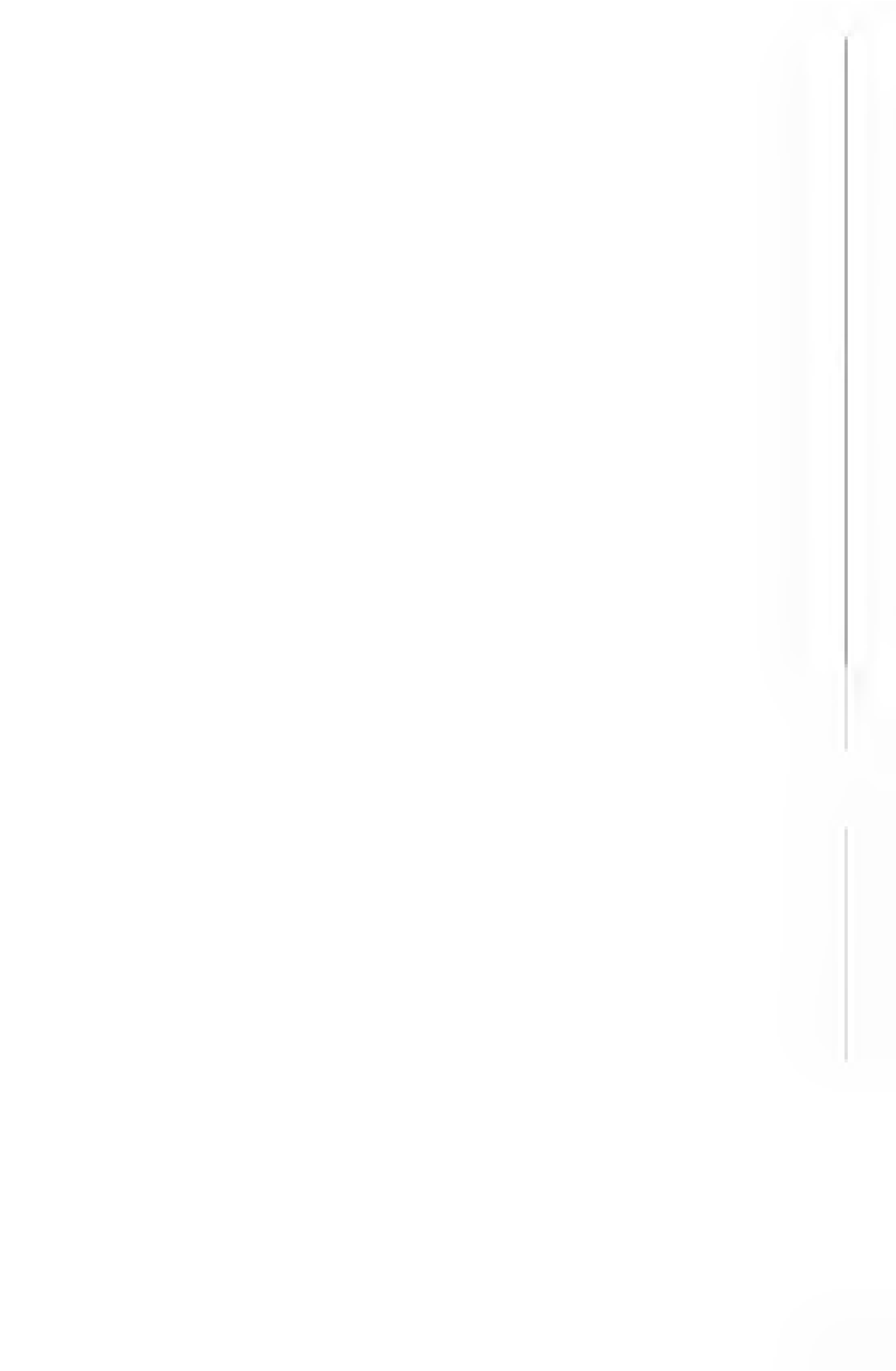


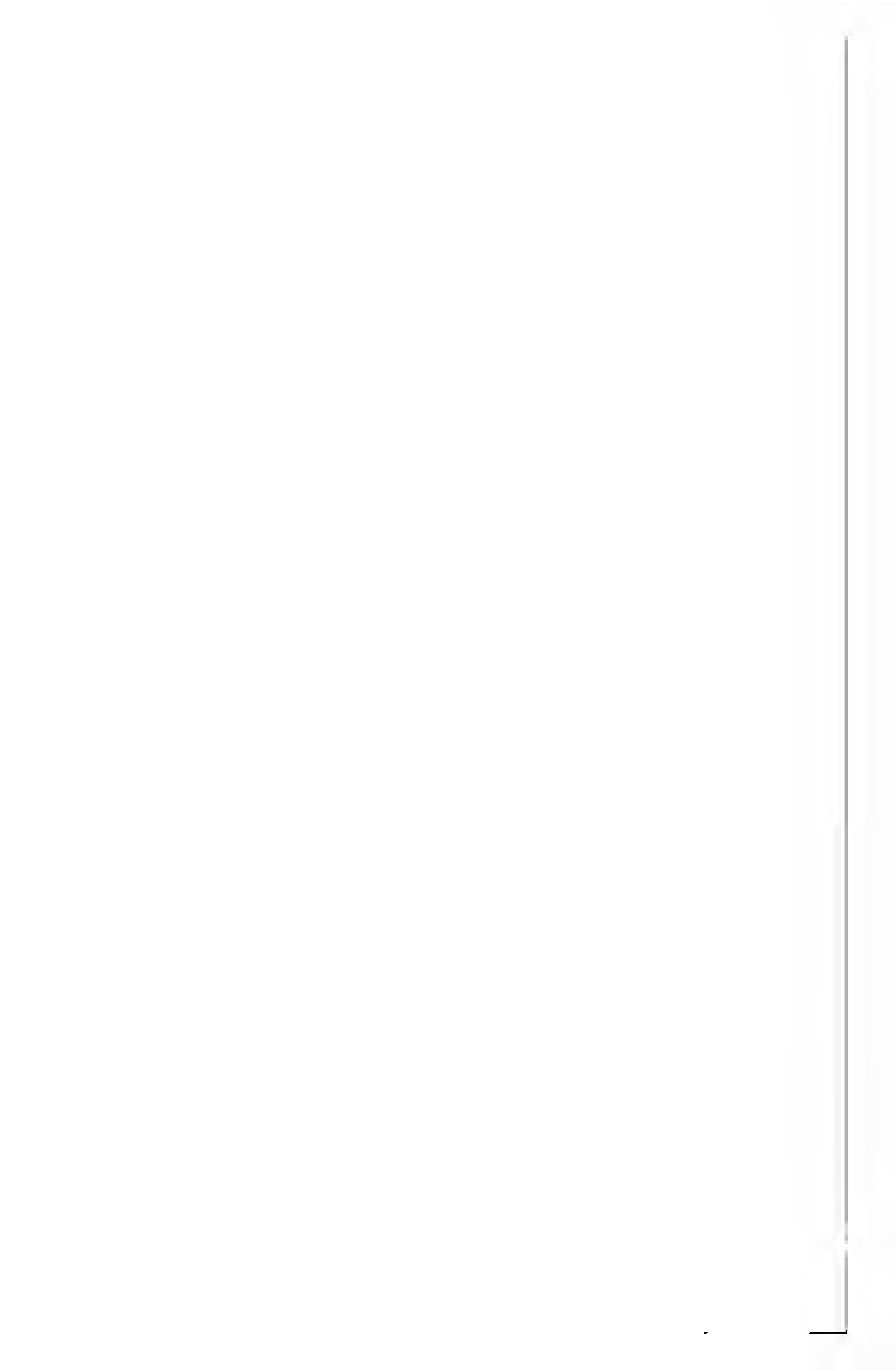




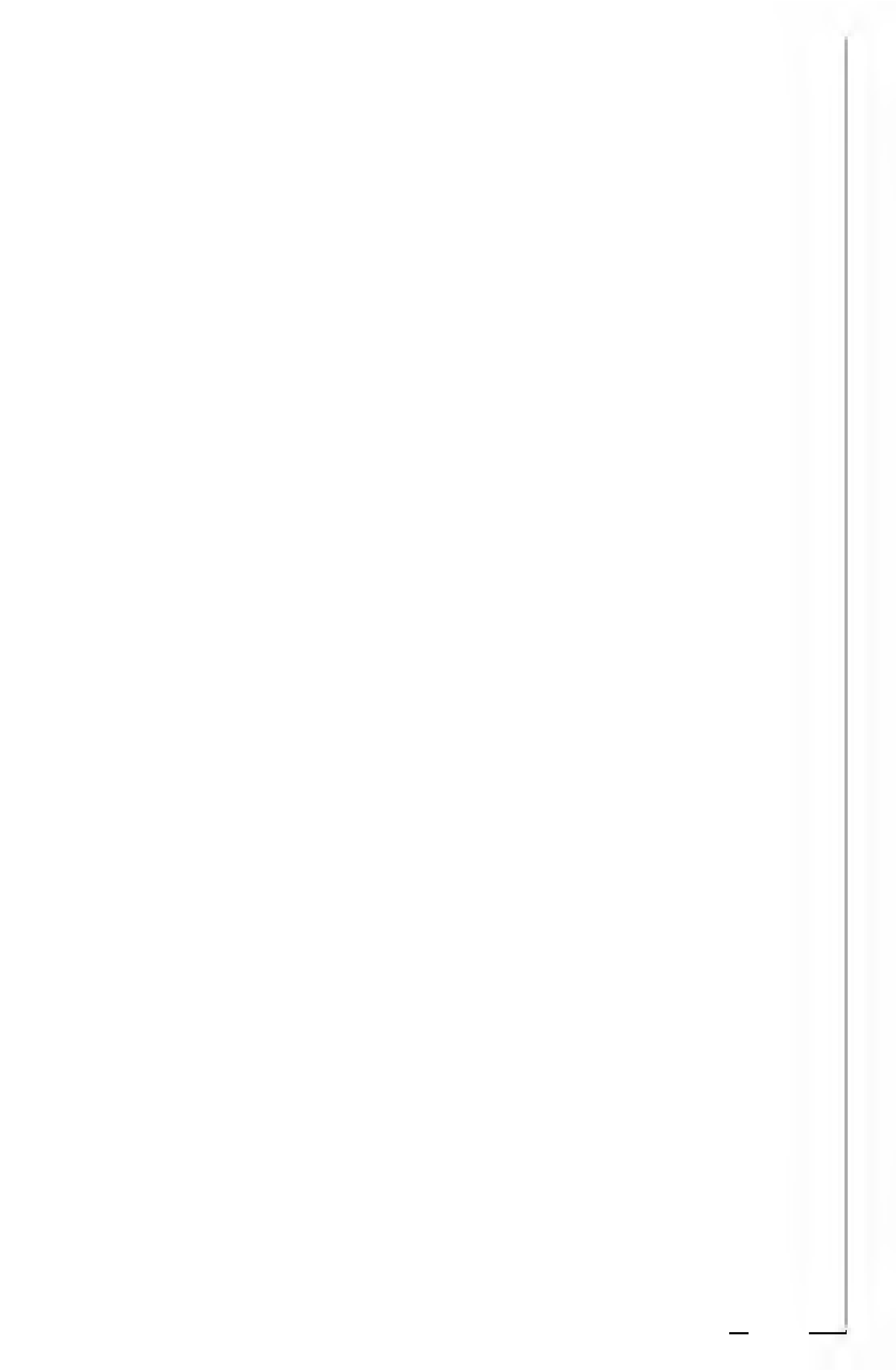


(2) *Zeitschrift f. klin. medic.* Bd VII, *Heft* 4.









Le Dr W. PORTER, de Saint-Louis, donne lecture d'un mémoire qui a pour titre : **Hémorrhagies périodiques des voies aériennes.**

Les hémorrhagies laryngées présentent un danger immédiat quand elles sont sous-muqueuses, en raison de l'œdème qui en résulte et de l'asphyxie qu'il peut produire. On peut facilement confondre l'hémoptysie et l'hémorrhagie conjuguée, mais dans le premier cas on ne trouve pas dans les poumons les signes stéthoscopiques de l'hémoptysie.

La tuberculose, la syphilis, un effort mécanique violent et l'alcoolisme peuvent les engendrer.

Le Dr STOCKTON, de Chicago, fut consulté par une malade pour une hémorrhagie survenue dans un accès de toux et qui semblait provenir du poumon. L'examen lui montra la présence sur la bande ventriculaire d'un vaisseau pulsatile qui laissait s'éconler du sang à chaque pulsation. Après avoir essayé de l'arrêter avec du perchlorure de fer, du tannin, etc, il détruisit le vaisseau au galvano-cautère.

Le Dr LENNOX-BROWNE dit que les hémorrhagies laryngées sont liées d'ordinaire à la syphilis ou à la tuberculose. L'abus de la voix peut aussi produire de la dilatation des vaisseaux. L'alcoolisme peut être encore une cause d'hémorrhagie laryngée.

Le Dr W. E. CASSELBERRY, de Chicago, fait une communication sur **le traitement des papillomes du larynx.**

Il s'agit de déterminer quelles sont les meilleures méthodes pour leur extirpation. La pince est le meilleur instrument pour l'ablation de petites tumeurs ; elle fonctionne mal lorsque la tumeur est volumineuse, car elle n'en enlève qu'une partie à la fois. Il a recours dans ces cas à la curette et au galvanocautère.

Le Dr COHEN opère les gros papillomes à travers une incision de la membrane crico-thyroïdienne.

Le Dr INGALS se sert d'acide chromique.

Le Dr L. BROWNE conseille l'emploi de l'anse.

Il fait ensuite un dessin montrant la situation et la gran-

deur des papillomes du larynx du prince impérial d'Allemagne. Ils avaient le volume d'un pois et étaient situés sur la corde vocale au niveau de son point d'union avec l'aryténoïde, ayant très probablement une portion de lambeau dans le ventricule. Ce qui ennuie M. Mackensie ce n'est pas la crainte d'avoir affaire à une tumeur maligne, mais la persistance de l'hyperhémie laryngée. Quand Mackensie arriva à Berlin les chirurgiens avaient décidé l'extirpation de la moitié du larynx.

Le Dr C. GLOVER ALLEN donne une observation de papillomes volumineux situés au-dessous des cordes vocales et opérés à travers une large incision de la membrane crico-thyroïdienne.

L'on passe ensuite à la discussion d'une mémoire intitulé : **Le diagnostic différentiel des affections laryngées tuberculeuse, syphilitique et rhumatismale.**

Le Dr E.-L. SHURLY, de Detroit, en fait un résumé, qui se traduit par la table suivante :

Tuberculose	**Syphilis**	**Rhumatisme**
	HYPERHÉMIE OU CONGESTION	
Non marquée.	Persistante et marquée.	Existe toujours, peu marquée, souvent localisée.
	TUMÉFACTION ET INFILTRATION	
Constante ; siège sur les aryténoïdes.	Non marquée.	Rare.
	CONDYLOMES ET GOMMES	
Point.	Quelquefois.	Point.
	HÉMORRHAGIES	
Rares.	Rares.	Fréquentes.
	MOBILITÉ	
Presque normale.	Presque normale.	Excessive.
	ULCÉRATIONS	
Fréquentes ; se développant lentement, irrégulières, généralement sur l'épiglotte et les aryténoïdes.	Rares ; solitaires, symétriques, avec aréole.	Point.
	ENROUEMENT	
Marqué.	Peu marqué.	Marqué.
	DOULEUR	
Non.	Non.	Constante.
	CRACHATS	
Contiennent bacilles.	Muqueux.	Rares.

Le Dr E. F. INGALS, de Chicago, lit un article intitulé : **De la laryngite rhumatismale chronique.**

Il n'en a trouvé que quelques observations. La douleur disparaît pendant quelques jours, puis elle revient. La diathèse arthritique l'accompagne.

Traitement : Spray astringent, les salicylates, l'iodure de potassium, les alcalins, etc.

Le Dr A. B. THRASHER, de Cincinnati, fait une communication sur : **La résorcine dans le traitement du catarrhe nasal.**

Elle s'assimile l'oxygène; elle contracte les vaisseaux et fait disparaître la congestion et l'inflammation. Elle est antiseptique.

L'administrer sous forme de pommade (vaseline et résorcine, de 2 pour cent à 10 pour cent).

(A suivre.)

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE D'AMÉRIQUE

2me CONGRÈS ANNUEL TENU A NEW-LONDON LE 19 JUILLET 1887

(Suite et fin) (1).

Traduit de l'anglais (2), par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse.

(Séance du soir.)

Le Dr Ch. H. BURNETT, de Philadelphie, présente un rapport sur **l'examen de quinze sourds-muets au moyen de l'otophone Maloney** *(An examination of fifteen deaf mutes by means of Maloney's otophone).*

Les sujets examinés sont des élèves de l'institut de sourds-muets de Pensylvanie, âgés de douze à vingt et un ans. L'auteur les divise en trois classes : 1re, surdi-mutité congénitale; 2me, enfants devenus sourds-muets de un à cinq ans; 3me, les

(1) Voir *Revue*, n° 9, septembre 1887.

(2) D'après le *Medical News* du 6 août 1887.

enfants atteints de surdité très prononcée, mais ayant encore conservé un certain degré d'audition, et les demi-muets, si l'on peut les appeler ainsi.

L'examen eut lieu d'après la méthode suivante : on écrit sur un tableau les trois voyelles que l'on désigne à mesure qu'elles sont prononcées à travers l'otophone. On invite ensuite les élèves à les désigner eux-mêmes à mesure qu'on les prononce, en ayant soin de ne pas les prononcer dans le même ordre.

L'audition fut excitée dans tous les cas, mais quatorze élèves sur quinze purent indiquer avec succès les lettres et les mots écrits à mesure qu'ils étaient prononcés dans leur oreille. On doit observer que les résultats obtenus sont moins satisfaisants dans le cas de surdi-mutité acquise que dans les cas congénitaux. Cela tient probablement à ce que dans la surdité acquise le processus morbide qui frappe les oreilles, se développe avec une plus grande force, enveloppant à la fois l'oreille interne et l'oreille moyenne, tandis que dans les cas congénitaux l'inflammation catarrhale se limite à l'oreille moyenne et ne va pas jusqu'à l'oreille interne. Chez les demi-muets surtout, les résultats sont des plus satisfaisants; ils entendent et répondent d'une manière intelligente aux questions qui leur sont faites. Dans les cas de ce genre, ce qui reste de l'ouïe et l'articulation peuvent être améliorés par l'emploi raisonné d'un instrument tel que l'otophone; on obtiendra surtout les meilleurs résultats quand l'instruction aura commencé dès l'enfance.

Le Dr W. Seely, de Cincinnati, demande si l'on doit faire usage de cet instrument simplement comme cornet acoustique ou dans un but thérapeuthique.

Le Dr C. H. Burnett répond que l'instrument paraît aider à l'audition et en même temps constituer une bonne méthode de traitement. Chez une personne très sourde et qui était incapable d'entendre la voix très haute lorsqu'on parlait très près de l'oreille, et qui entendait aussi très peu avec le cornet acoustique ordinaire, l'usage de l'otophone amena une amé-

lioration notable. Après un quart d'heure d'exercice, elle pouvait entendre la voix ordinaire, les yeux fermés, à 30 centimètres de l'oreille.

Le Dr SEXTON fait une communication sur **l'excision des osselets du tympan dans les cas d'inflammation purulente chronique de l'oreille moyenne** (*Excision of the ossicles of the drum of the ear for chronic purulent inflammation of the middle ear*).

Déjà, l'année précédente (1) l'auteur avait attiré sur ce sujet l'attention de la Société; il a depuis cette époque continué à pratiquer cette opération qui a donné des résultats très satisfaisants. Sur dix-neuf malades opérés, treize étaient des hommes et six des femmes, sept avaient de cinq à douze ans, huit de treize à vingt, et quatre étaient entre vingt-trois et quarante ans.

Dans onze cas, l'affection portait sur l'oreille gauche et dans huit sur la droite. Chez deux malades, l'otorrhée était double et dans un cas il existait des phénomènes mastoïdiens. La surdité était considérable et les malades éprouvaient pour la plupart de l'autophonie et d'autres phénomènes acoustiques désagréables. L'écoulement était ordinairement fétide. L'état général de la plupart des malades était bon.

Dans tous les cas, la membrane du tympan était en grande partie détruite et le plus souvent il ne restait du tympan que la portion flaccide, à laquelle était attaché parfois un reste de la portion vibrante (membrana vibrans). Dans ce cas, il était facile de voir que ce reste de membrane était inséré par des brides fibreuses à la paroi interne de la caisse. Parfois, une cavité plus ou moins grande s'ouvrait à travers les tissus malades dans la portion supérieure (attic) de la caisse. La membrane flaccide et les attaches membraneuses et ligamenteuses des osselets sont les parties qui résistent le plus longtemps à une suppuration prolongée et s'opposent au libre écoulement du pus. Le manche du marteau et les tissus cica-

(1) Voir : *Revue*, nov. 1886, p. 616. On y trouvera décrit le manuel opératoire. Dr J. CH.

triciels formés dans la caisse adhèrent souvent à la paroi interne de la cavité tympanique, tandis que la portion supérieure (attique) et l'antre sont recouverts d'une membrane épaisse.

On trouve, en certains points, des surfaces osseuses plus ou moins cariées. Dans certains cas, les osselets eux-mêmes sont cariés et ankylosés. D'autres fois, le manche du marteau adhère à la surface interne du tympan et parfois il n'en reste qu'un tronçon nécrosé. Dans quelques cas, le marteau et l'enclume adhèrent l'un à l'autre. L'enclume se carie moins facilement. Il n'est pas possible d'examiner l'étrier aussi facilement que les autres osselets, puisqu'on ne l'enlève jamais. Dans quelques cas, on ne tente l'opération qu'après des mois et des années, alors que toutes les méthodes ordinaires de traitement ont été employées sans succès.

Sans entrer dans tous les détails de l'opération, l'auteur affirme que, d'après son expérience, elle peut être faite plus rapidement qu'on n'aurait pu le croire tout d'abord. Les premières opérations durèrent une heure, plus tard il est arrivé à les pratiquer en un quart d'heure. Il attribue à la longueur de l'opération certains phénomènes désagréables, tels que les nausées, qui ne se sont pas reproduites dans les dernières opérations qu'il a faites.

L'auteur détache les restes du tympan de l'anneau tympanique à l'aide d'un petit bistouri en forme de truelle (trowel-shaped). Le marteau est libéré de ses attaches par un ou plusieurs coups de bistouri. Après que le sang a été enlevé, on détache de l'étrier la longue apophyse de l'enclume si elle est adhérente à cet os. On sépare ensuite le manche du marteau de la paroi interne de la caisse, lorsque celui-ci y adhère, puis le saisissant avec des pinces on le détache graduellement et on l'enlève. L'extraction de l'enclume est plus difficile car sa longue apophyse échappe à la vue, mais avec un peu de patience cependant on arrive à la découvrir et à l'enlever. Dans quelques cas où les osselets sont très adhérents, ils sont très difficiles à détacher et dans un cas il a été impossible à l'auteur d'en venir à bout.

Après l'opération, on doit dessécher avec soin la cavité tympanique avec du coton absorbant et l'on peut ensuite faire une instillation de cocaïne à 4 0/0, mais cela n'est ordinairement pas nécessaire.

L'opération d'ordinaire n'amène guère de réaction. Chez les femmes, on doit pour la pratiquer attendre quelque temps après la période menstruelle.

Sur 19 cas, dix fois il a enlevé le marteau et l'enclume, dans un cas il a seulement enlevé le corps de l'enclume et dans six cas il a enlevé seulement le marteau.

Avant l'opération, on doit chercher autant que possible à faire disparaître les granulations à l'aide d'un traitement approprié, car l'hémorrhagie est alors moins considérable. La durée du traitement après l'opération a été, dans 5 cas, un mois; dans 2, deux mois; dans 2, trois mois; dans 1, six mois; et sur les 9 autres, 3 n'ont éprouvé aucune amélioration, 1 n'a pas continué le traitement et 5 sont encore en observation.

La guérison a été complète 9 fois; 6 fois il s'est produit une grande amélioration; 1 malade n'a pas continué le traitement; 3 n'ont éprouvé aucun soulagement.

La plupart des malades étaient des clients du dispensaire et vivaient dans de très mauvaises conditions hygiéniques.

Une amélioration considérable de l'audition se produisit dans presque tous les cas. Chez les malades considérés comme guéris, l'audition s'accrut d'environ 75 à 100 0/0. Cette amélioration de l'ouïe inespérée engage l'auteur à recommander l'opération toutes les fois que la caisse est obstruée par les formations cicatricielles qui résultent d'une inflammation chronique purulente, alors même que le pus a essé de couler.

On devait s'attendre à voir le sens du goût altéré à la suite de la lésion de la corde du tympan.

Le fait s'est produit dans certains cas, mais pour un temps très court; la guérison est toujours survenue. L'opération offre cet avantage d'empêcher l'accumulation de matières purulentes dans la portion *attique* et dans l'antre. L'état général du malade est toujours amélioré. Chez deux phtisiques,

la toux fut diminuée chez l'un et disparut chez l'autre, tous les deux augmentèrent de poids. Chez les enfants, les effets de l'opération au point de vue de la santé générale sont surtout très marqués.

On pratique l'opération le malade étant couché et anesthésié. L'éclairage électrique est à peu près indispensable. L'auteur n'a retiré aucun avantage du traitement des fongosités par l'alcool. L'acide salicylique, l'acide borique, l'eau oxygénée rendent des services suivant les cas.

L'auteur présente les pièces pathologiques des dix-neuf malades opérés par lui.

Le Dr BURNETT a vu sept des malades opérés par le Dr Sexton; de l'avis des malades l'audition était considérablement améliorée.

Séance du soir.

Le Dr THEOBALD, de Baltimore, rapporte un cas d'**affection syphilitique du labyrinthe** (*Syphilitic disease of the labyrinth*).

Le malade, âgé de vingt-quatre ans, est atteint de syphilis héréditaire; il est à peu près complètement sourd d'une oreille. L'autre oreille présente dans l'audition des variations subites et très considérables. Il passe d'une surdité très prononcée à une audition presque normale. L'iodure de potassium ne produisit pas grand effet, mais son état fut notablement amélioré par l'emploi du bichlorure de mercure combiné au muriate d'ammoniaque.

Sont nommés pour l'année suivante : *président*, le Dr J. L. PROUT, de Brooklyn; *vice-président*, le Dr GEORGE C. HARLAN, de Philadelphie; *secrétaire et trésorier*, le Dr J. J. B. VERMYNE, de New-Bedfort.

La prochaine réunion aura lieu à Pequot House, New-London, le 19 juillet 1888.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLES.

Des kystes du pavillon (*On cystes of the auricle*),
par le Dr H. Seligmann.

Les observations du Dr Hartman sur la formation des kystes du pavillon ont amené Seligmann à publier l'exemple suivant qui confirme les vues de cet auteur au sujet des différences qui existent, au point de vue de la pathogénèse, entre les kystes et les hématomes.

Un malade, âgé de trente-cinq ans, d'aspect robuste et parfaitement sain d'esprit, vient consulter au sujet d'une grosseur du pavillon droit, remontant à deux mois, et située à la place ordinaire des hématomes entre la portion supérieure de l'hélix et de l'anthélix. La peau du pavillon très tendue est un peu chaude. La tumeur qui a le volume d'une noix, est tendue, lisse, mais non doulonreuse au toucher. Le reste du cartilage est normal; il n'y a pas eu de traumatisme antérieur. Le malade ne voulant pas consentir à une incision, la tumeur est percée avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz, et l'on extrait un liquide transparent de coloration jaune clair. Un bandage compressif est appliqué. L'auteur revoit le malade cinq mois après; un peu de liquide s'était formé qui disparut bientôt, et l'oreille malade redevint absolument semblable à l'oreille saine.

Les éléments figurés contenus dans le liquide consistaient en cellules muqueuses et un très petit nombre de globules rouges sanguins. Il n'existait pas la moindre trace de la décomposition des globules rouges du sang. (*Arch. of Otology*, mars 1887.) Dr Gorham Bacon.

Exostoses du conduit auditif (*Exostosis in the Auditory Meatus*),
par le Dr J.-B. Story.

X..., âgé de 32 ans, est sourd et éprouve des bourdonnements de l'oreille droite depuis une quinzaine de jours (sept. 1881). Des deux côtés il existe, dans le conduit, une exostose qui naît de la paroi postérieure. Celle de droite

est de beaucoup plus volumineuse que la gauche. La peau qui les recouvre est rouge mais la pression ne détermine aucune douleur. Le conduit est complètement obstrué à droite, à gauche il laisse passer une sonde lacrymale très fine. L'opération était fort difficile en raison du voisinage du tympan, mais le malade était menacé de perdre complètement l'ouïe. C'est ce qui décida le Dr Story à intervenir.

Avec une solution concentrée d'acide phénique (10 oct.), il touche la surface de l'exostose dans le but de détruire la peau qui la recouvre, et, quelques jours après, il pratique une ouverture sur la substance même de la tumeur, à l'aide d'une fine vrille de dentiste. Le malade étant anesthésié avec de l'éther, il est procédé, quelques jours après, à l'électrolyse de la tumeur; une fine aiguille attachée au pôle négatif est introduite dans l'ouverture pratiquée à l'aide de la vrille, et le pôle positif placé sur la tempe. On ne cherche pas à augmenter l'orifice avec la vrille, de crainte de blesser le tympan, situé immédiatement en arrière de l'exostose.

A la suite de 5 ou 6 séances d'électrolyse et d'application de pâte de Vienne, l'exostose diminua beaucoup et l'audition fut considérablement améliorée, malgré une perforation du tuyau qui suivit cette application. Le malade, revu en février 1885, entendait toujours aussi bien. En terminant l'auteur fait observer qu'on ne doit intervenir dans les cas d'exostoses que lorsque l'ouï est atteinte. (*The Dublin journal of med.*, séance janvier 1887.)

Dr J. Ch.

Les bourdonnements d'oreille et leur traitement (*Tinnitus aurium and its treatment*), par le Dr J. Ward Cousins.

Après quelques considérations sur les causes et sur les différentes espèces de bourdonnements, l'auteur en arrive au traitement. Il est peu partisan des remèdes qui ne donnent pas de résultats bien satisfaisants, alors même que le malade en fait usage pendant longtemps. Il n'existe pas de remède spécifique contre les bourdonnements. Il faut donc s'attaquer à l'affection qui en est la cause première, et quand il s'agit d'une maladie de l'oreille moyenne, c'est contre elle

que l'on doit diriger tous les efforts de la thérapeutique.

Dans les affections catarrhales peu anciennes de l'oreille moyenne, les insufflations d'air dans la caisse constituent une excellente méthode de traitement. Dans les cas ancien, avec bourdonnements invétérés, elles réussissent moins bien; bien plus, elles augmentent parfois la pression intra-tympanique. Depuis plusieurs années, l'auteur pratique avec succès une méthode de traitement qui consiste essentiellement dans une injection d'air dans la caisse et dans son évacuation immédiate. L'auteur décrit un ingénieux appareil qu'il a fait construire dans ce but et qui permet de faire alterner les insufflations et les évacuations d'air. Il rapporte à la fin de son travail plusieurs observations dans lesquelles il a obtenu la guérison, par cette méthode, alors que tous les autres traitements avaient échoué (*The Brit. med. journ., février et mars, 26, 1887*). Dr J. Ch.

Une nouvelle méthode de traitement du catarrhe chronique de l'oreille (*A New method of treating chronic aural catarrh,* par le Dr Ralph W. Seiss.

Dans le traitement de certaines formes de catarrhe de l'oreille moyenne caractérisées par le gonflement de l'orifice pharyngien de la trompe, l'auteur, dans le but de porter sur les parties malades des substances médicamenteuses, tout en évitant de les faire pénétrer dans la caisse, recommande un instrument de la forme d'un cathéter ordinaire, mais dont l'extrémité est bouchée, tandis que sur les côtés de la partie recourbée se trouvent de petits orifices qui laissent passer le liquide que l'on injecte par la grosse ouverture de la sonde. Dans les cas de gonflement et d'infiltration des lèvres de la trompe, l'auteur préconise les injections faites avec la solution de Dobbel ou avec une solution saturée d'acide borique et de glycérine. (*Med. News*, 5 février 1887).

Dr J. Ch.

Otite moyenne suppurée chronique; sa nature, son traitement (*Chronic purulent otorrhœa; its nature and treatment*), par le Dr C. H. Burnett.

C'est le titre d'un travail lu à l'assemblée de la « Phila-

delphia County Medical Society » le 13 octobre 1886, et discuté par les membres présents.

Après avoir passé en revue l'histoire clinique, les causes, les symptômes et les effets de cette affection, Burnett passe au traitement. Le nettoyage de l'oreille est de la plus haute importance. Il est préférable de le faire à l'aide d'injections d'eau tiède avec ou sans désinfectant, si l'écoulement est abondant et persistant; si l'écoulement n'est pas abondant, on peut nettoyer l'oreille à l'aide de petits bourdonnets de coton absorbant en s'aidant d'un bon éclairage. Après les injections, on doit soigneusement dessécher l'oreille avec du coton absorbant. Quand l'inflammation est aiguë et que la perforation volumineuse est située en bas, on peut calmer la douleur avec des instillations de cocaïne. La cocaïne est moins active quand la perforation est petite ou le tympan intact.

Dans le cas d'otite moyenne supurée avec large perforation on doit donner la préférence au *traitement sec*. Dans les cas de ce genre, on ne doit se servir pour les lavages que d'une petite quantité d'eau et seulement quand l'écoulement est abondant et épais et ne peut être enlevé facilement avec le coton absorbant. On peut employer l'acide borique seul ou mêlé à 0,50 cent. pour 24 gr. d'hydrastis, ou à de la calendule (une partie pour deux d'acide borique), ou de la résorcine (3 gr. pour 24), ou de la chinoline (1 gr. 50 pour 24), ou de l'alun (1 gr. pour 24), ou de l'acide salicylique, ou de l'iodoforme. Ce traitement ne peut être fait que par le médecin lui-même et doit être répété chaque jour jusqu'à ce que l'écoulement ait diminué. Si le traitement sec ne donne pas de résultats satisfaisants, Burnett recommande des instillations de nitrate d'argent, ou d'une solution d'acide phénique de 3 à 5 0/0.

Dans les cas d'otorrhée chronique avec perforation siégeant sur la portion flaccide du tympan, le traitement sec ne donne pas de résultats satisfaisants. Dans les cas de ce genre, Burnett fait, avec la seringue intra-tympanique, des injections d'une solution phéniquée à 3 0/0, après avoir soigneusement nettoyé la portion attaquée de la caisse avec de l'eau oxygénée.

On doit appliquer l'acide chromique pour détruire les granulations. Les polypes doivent être enlevés au serre-nœud quand ils ont un pédicule distinct et, les pédicules cautérisés chaque jour jusqu'à destruction complète. (*Philad. Med. News* 30 octobre 1886). Dr GORHAM BACON.

Un cas d'otite moyenne suppurée, thrombose et phlébite du sinus latéral, mort (*A case of suppurative middle ear, thrombosis and phlebitis of lateral sinus, death*), par le Dr W. H. HARSANT.

On ne s'accorde pas du tout sur les signes différentiels qui permettent de diagnostiquer la méningite et l'abcès cérébral de la thrombose des sinus. A ce sujet Politzer s'exprime ainsi : « Une confusion avec une méningite et un abcès du cerveau ne serait possible que si ces maladies du cerveau survenaient en même temps que l'affection du sinus. Quand ce n'est pas le cas, le diagnostic différentiel est d'autant plus facile que l'ensemble des symptômes de ces deux formes d'affection présente de grandes différences. Tandis que dans la méningite et l'abcès du cerveau il n'y a jamais des frissons aussi intenses et des températures de fièvre aussi élevées que dans la thrombose des sinus, les symptômes cérébraux dans celle-ci sont peu marqués et la connaissance n'est souvent pas altérée jusqu'aux derniers moments. »

Hartmann dit de son côté : « Les frissons intenses sont le symptôme le plus important qui permet de distinguer la phlébite de l'abcès cérébral. Dans la phlébite, la douleur est considérable, limitée à la région du sinus enflammé ; elle s'accroît par la pression. Le malade n'a pas un instant de repos, il a du délire, des convulsions et une prostration extrême. Il peut se produire une rémission momentanée dans les symptômes, du coma, et la mort survient. »

Il n'est donc pas inutile de rapporter les faits que l'on a occasion d'observer et qui peuvent éclairer cette question difficile de diagnostic.

X..., cordonnier, âgé de dix-sept ans, est atteint d'otorrhée à gauche depuis son enfance. Le malade est admis à l'hôpital le 20 juillet 1886. Quatre jours avant, il a éprouvé de vives

douleurs dans l'oreille gauche et le côté gauche de la tête. L'écoulement s'est accru. Lors de son entrée, son état général paraît mauvais, il dort constamment, toujours couché sur le côté droit. Il est très difficile de l'éveiller; il répond alors avec peine et avec mauvaise humeur aux questions qu'on lui pose; il demande constamment qu'on le laisse en repos et qu'on lui permette de dormir. Il existe un gros polype avec écoulement abondant et fétide dans l'oreille gauche, léger écoulement à droite.

Le lendemain, l'état s'est aggravé, le bras et la jambe droite sont rigides, il a eu pendant la nuit plusieurs frissons intenses, la température est à 106°,5 Fahr., le pouls à 100; le malade est dans un état semi-comateux dont il est impossible de le tirer. Pendant la journée, il ne se produit pas de vomissement mais il a plusieurs accès de frissons. Le jour suivant, on ouvre l'apophyse mastoïde, il n'y a pas de pus.

On enlève alors une couronne de trépan du dessous et en dedans de l'apophyse mastoïde pour mettre à nu le cervelet au-dessous de la tente. Cette opération ne fit pas découvrir de foyer purulent.

Le malade mourut quelques jours après. A l'autopsie, on trouva un thrombose dans le sinus latéral gauche. Aucune autre lésion cérébrale. (*The Bristol medico-chirurgical journal*, *mars 1887*.) Dr J. Ch.

Un cas d'abcès cérébral dû à une otite moyenne (*A Case of cerebral abcess due to otites media*), par le Dr William Macewen.

W. H..., enfant de neuf ans, entre à l'hôpital le 13 janvier 1887. Quinze à vingt jours auparavant, il avait été pris au milieu de la nuit d'une vive douleur à la région de l'oreille droite, fut très agité et ne put dormir. Le lendemain, la peau de la région était chaude et sèche; il fut pris de vomissements et tomba dans une espèce de léthargie dont il sortait fréquemment pour pousser des cris aigus provoqués par de vives douleurs. Cet état dura huit jours, après quoi des frissons violents et de longue durée se produisirent à de nombreux et de courts intervalles.

A son entrée à l'hôpital on constate l'état suivant : l'enfant est très amaigri, les traits tirés, les lèvres livides, la lèvre supérieure est recouverte d'une irruption herpétique, la tem pérature axillaire est de 100,°8 Fahr. Le pouls est à 108, le malade éprouve de vives douleurs de l'oreille droite par laquelle s'écoule du pus fétide. La région mastoïdienne n'est pas gonflée.

L'ouverture de l'apophyse mastoïde ne soulage pas le malade et le Dr Baw soupçonnant un abcès cérébral, présente le malade au Dr Macewen. On conclut à un abcès du lobe temporo-sphénoïdal consécutif droit, abcès probablement en communication avec l'oreille moyenne par un conduit étroit et sinueux. On décide d'intervenir.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques et anesthésié le malade, on enleva avec la portion écailleuse du temporal, une lame osseuse de la largeur d'un demi-pouce, la dure-mère mise à nu est légèrement congestionnée; cette membrane une fois incisée, la substance cérébrale vient faire saillie à l'ouverture du crâne, la pie-mère qui la recouvre est congestionnée et la membrane cérébrale gris rougeâtre. On introduit une aiguille creuse dans le tissu du cerveau; il s'échappe d'abord du gaz, puis du pus en assez grande quantité (deux drachmes); on élargit ensuite l'ouverture, on enlève les parties de tissu cérébral nécrosé, et on nettoie la cavité avec une solution boriquée; on introduit un drain dans l'ouverture et l'on applique un pansement antiseptique. Six semaines après le malade était complètement guéri. (*The Lancet*, 26 mars 1887.) Dr J. Ch.

Du traitement chirurgical des abcès du cerveau consécutifs à une affection de l'oreille (*On the surgical treatment of brain suppuration following ear disease*), par le Dr Robert F. Weis.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade admise dans son service à l'hôpital de New-York, le 19 décembre 1884. Elle raconte que, sept semaines auparavant, elle s'est fait une blessure au pouce droit, qui est devenu douloureux et gonflé ; elle a éprouvé en même temps de violentes douleurs

dans l'oreille droite qui se sont accompagnées d'un écoulement qui n'a duré, il est vrai, que peu de temps, mais a causé une surdité complète de ce côté.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital on fait au pouce une incision qui laisse s'écouler une grande quantité de pus. Les douleurs de tête continuent, elle a de la fièvre et des frissons, de l'inappétence et des vomissements. Lors de son admission à l'hôpital la température est de 101° 1/2 Fahr., respiration 16, pouls 64, mais on ne découvre aucune paralysie, bien que la malade fût très abattue et plongée dans un état de stupeur voisin de la léthargie.

Le pouce était guéri. Il existe de l'œdème et de la sensibilité de la région mastoïdienne droite et de la douleur sur la moitié droite de la tête; il existe de ce même côté une perforation du tympan, mais sans écoulement.

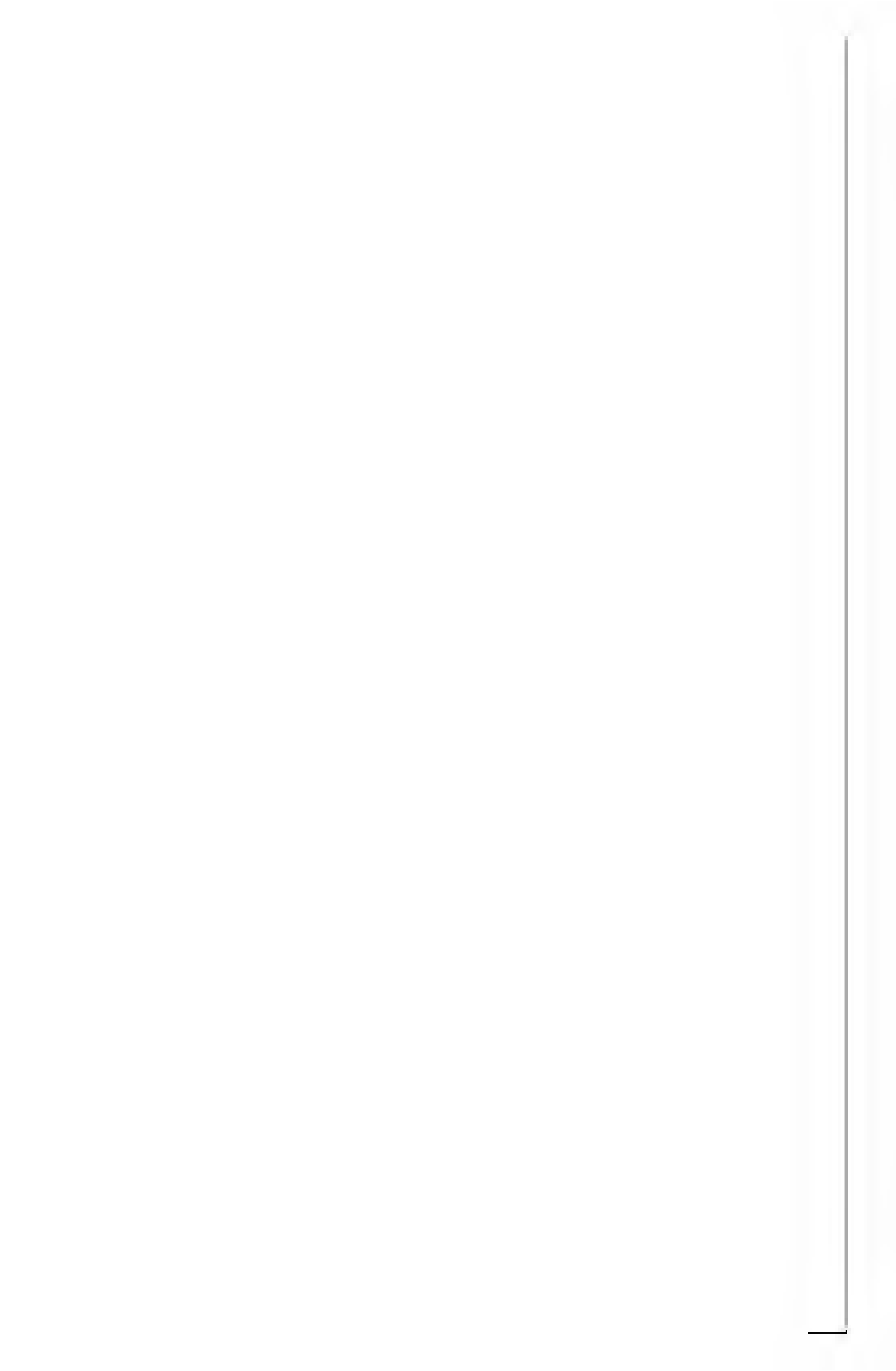
L'apophyse mastoïde fut perforée avec un foret et des ciseaux jusqu'à l'antre, et une petite quantité de pus fut évacuée. A l'aide d'une injection on put cependant faire passer une solution de sublimé (1 pour 2,000) de l'apophyse mastoïde dans la caisse, la plaie osseuse fut soigneusement remplie de gaze iodoformée et l'on fit un pansement antiseptique. A la suite de l'opération la température baissa, le pouls descendit à 82 et l'audition fut améliorée, mais la céphalalgie persista, augmenta même de violence, et huit jours plus tard le pouls tomba à 58, et à l'ophtalmoscope on put constater de la névrite optique.

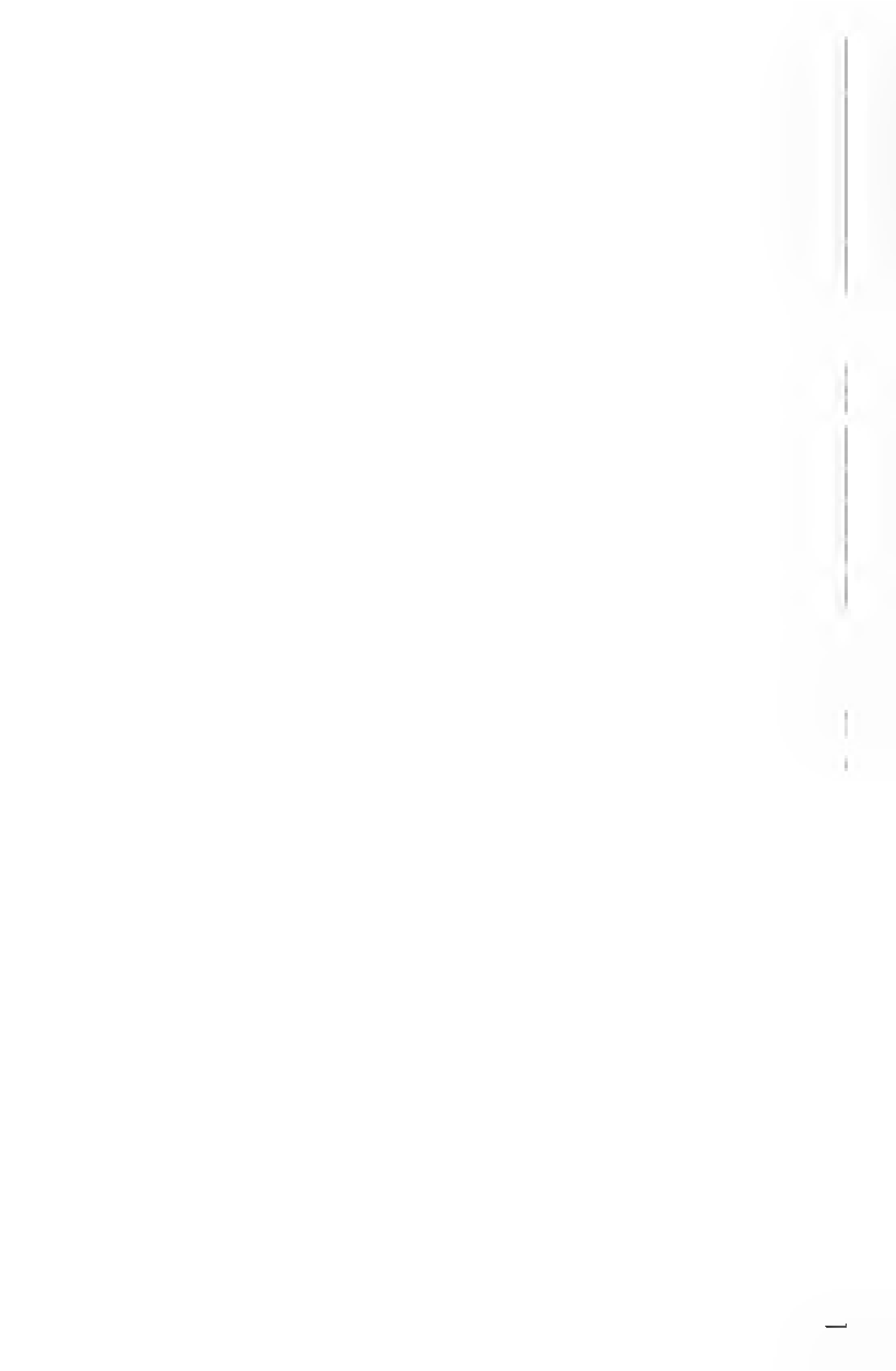
La malade fut de nouveau endormie avec de l'éther le 29 mai et l'ouverture mastoïdienne agrandie d'environ un demi-pouce, on mit ensuite la dure-mère à découvert; sectionnant alors la membrane, on introduisit une aiguille hypodermique a une profondeur d'environ un pouce et demi à plusieurs reprises et en divers sens, le long de l'os pétreux et dans le lobe cérébral de cette région, sans retirer autre chose qu'un peu de sang. La plaie fut ensuite pansée comme précédemment.

Cette opération exploratrice n'eut aucun résultat ni en bien ni en mal. Une amélioration se produisit trois jours plus tard,



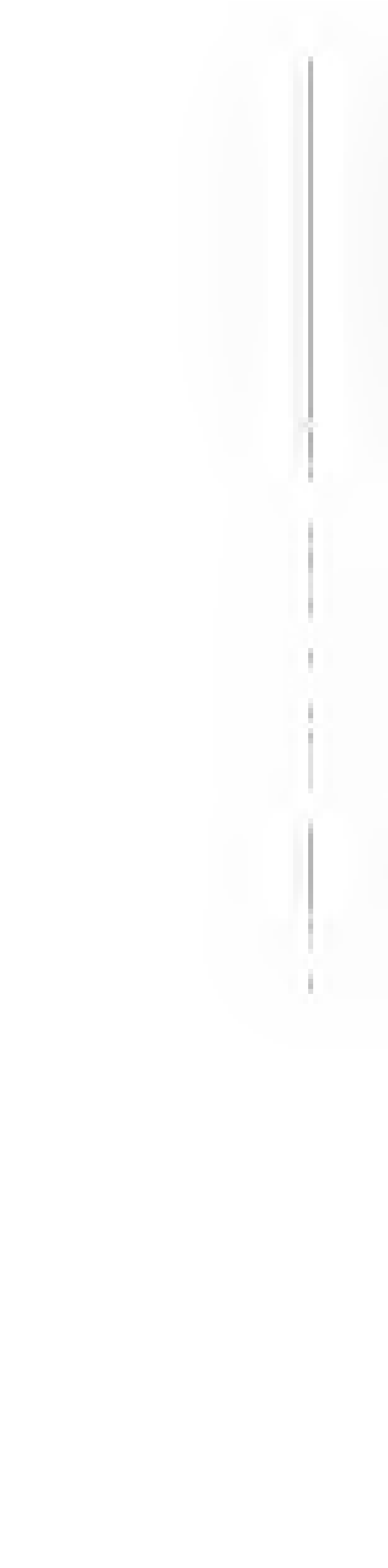


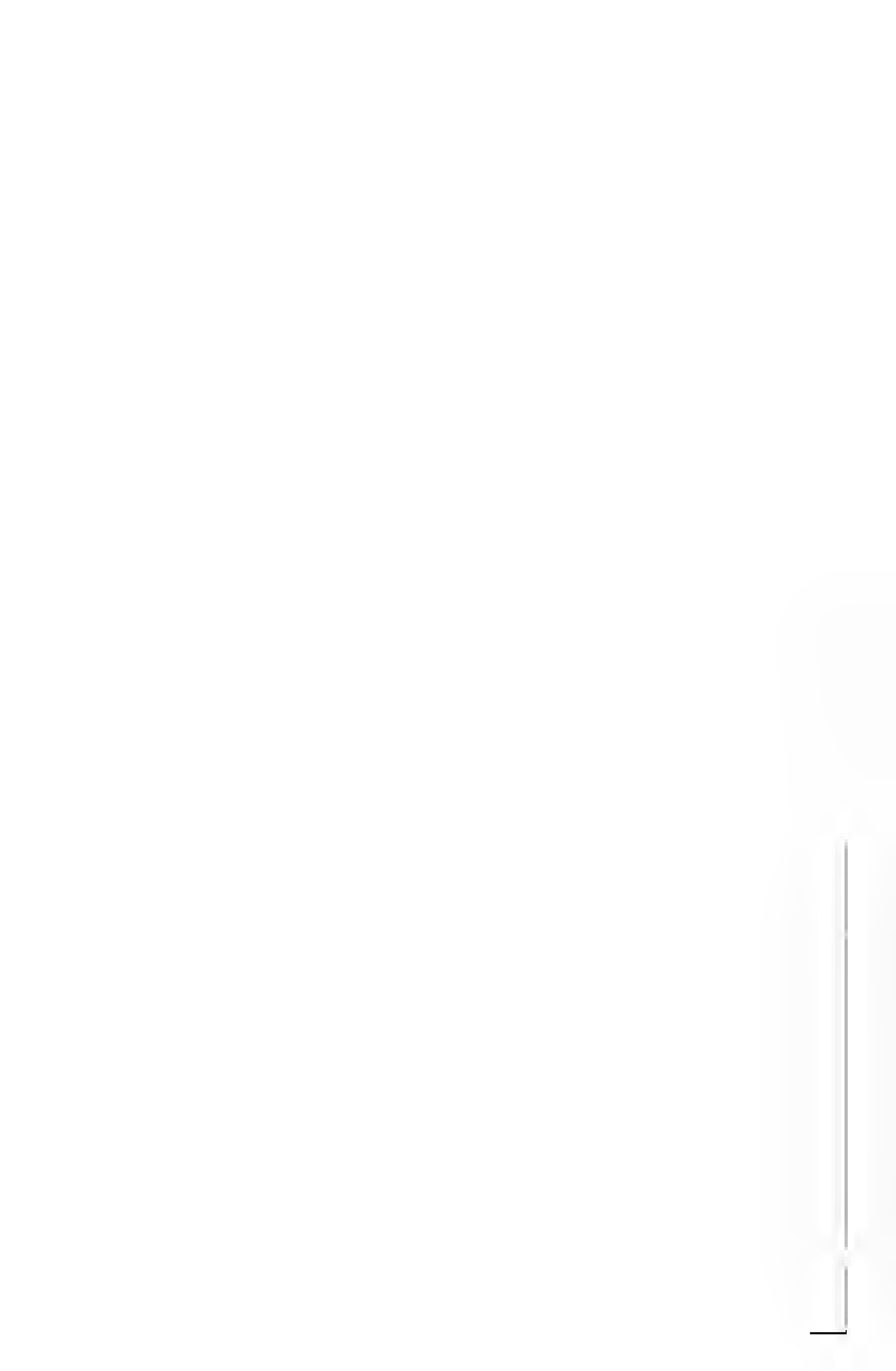


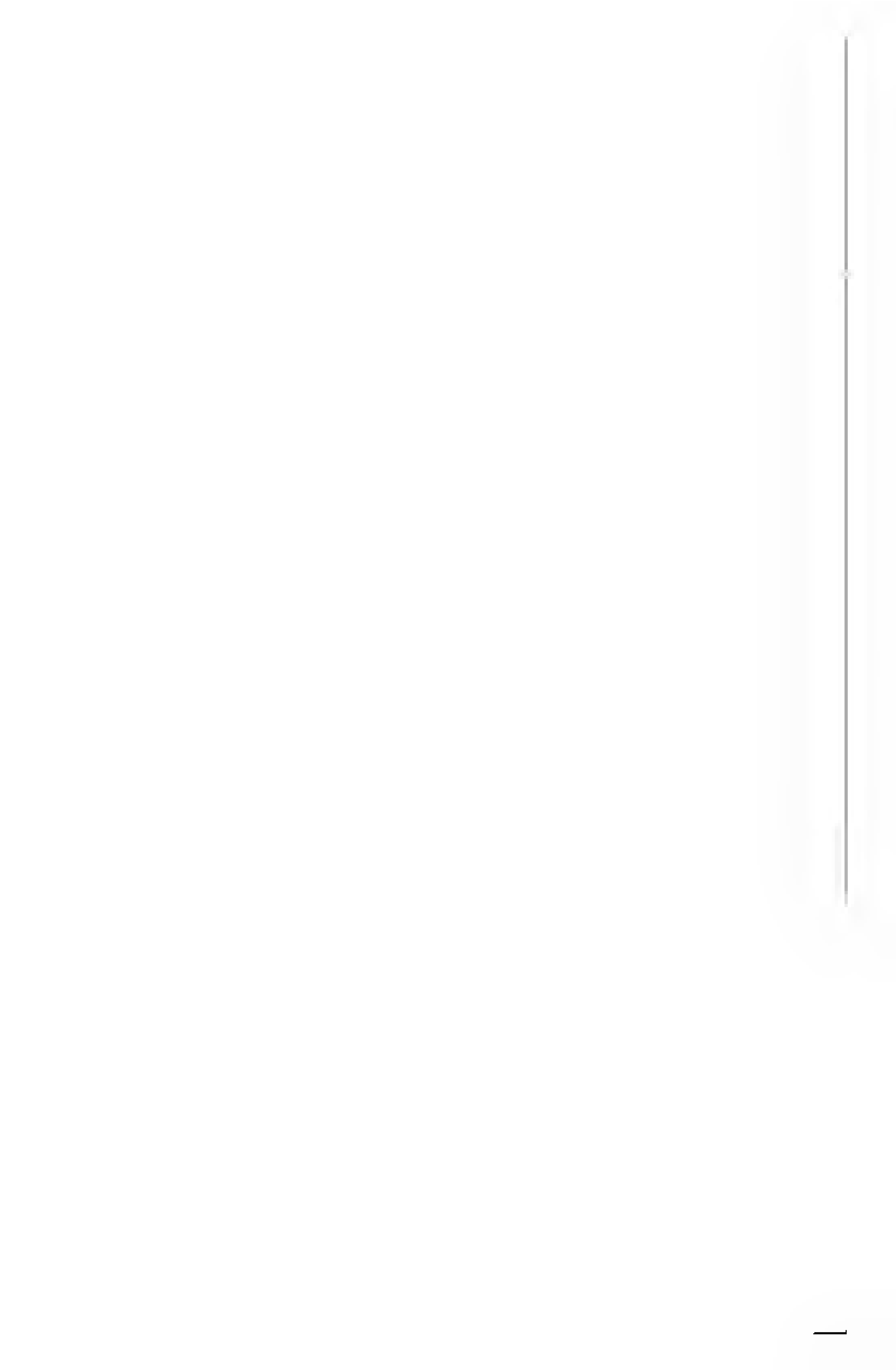


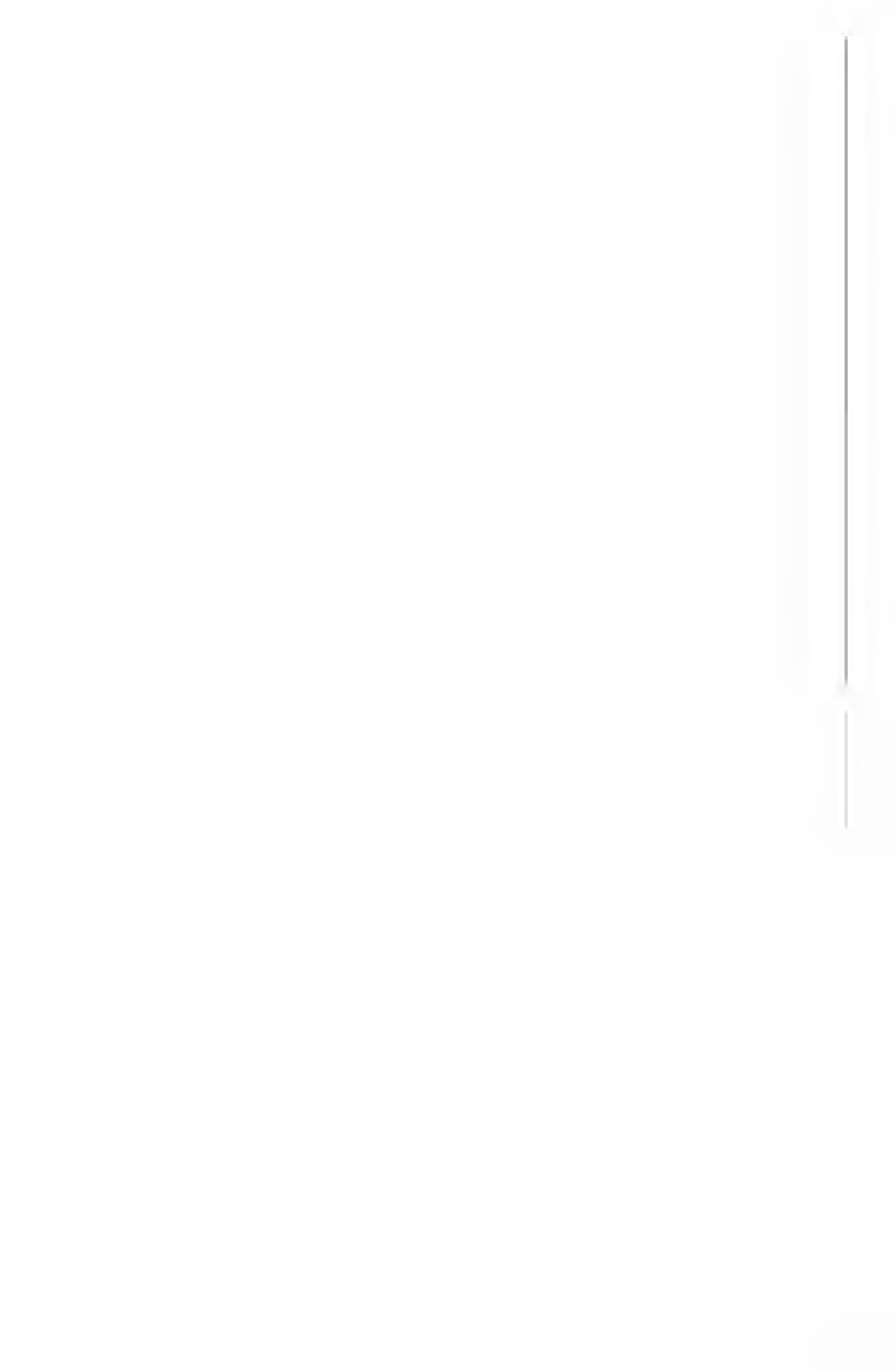


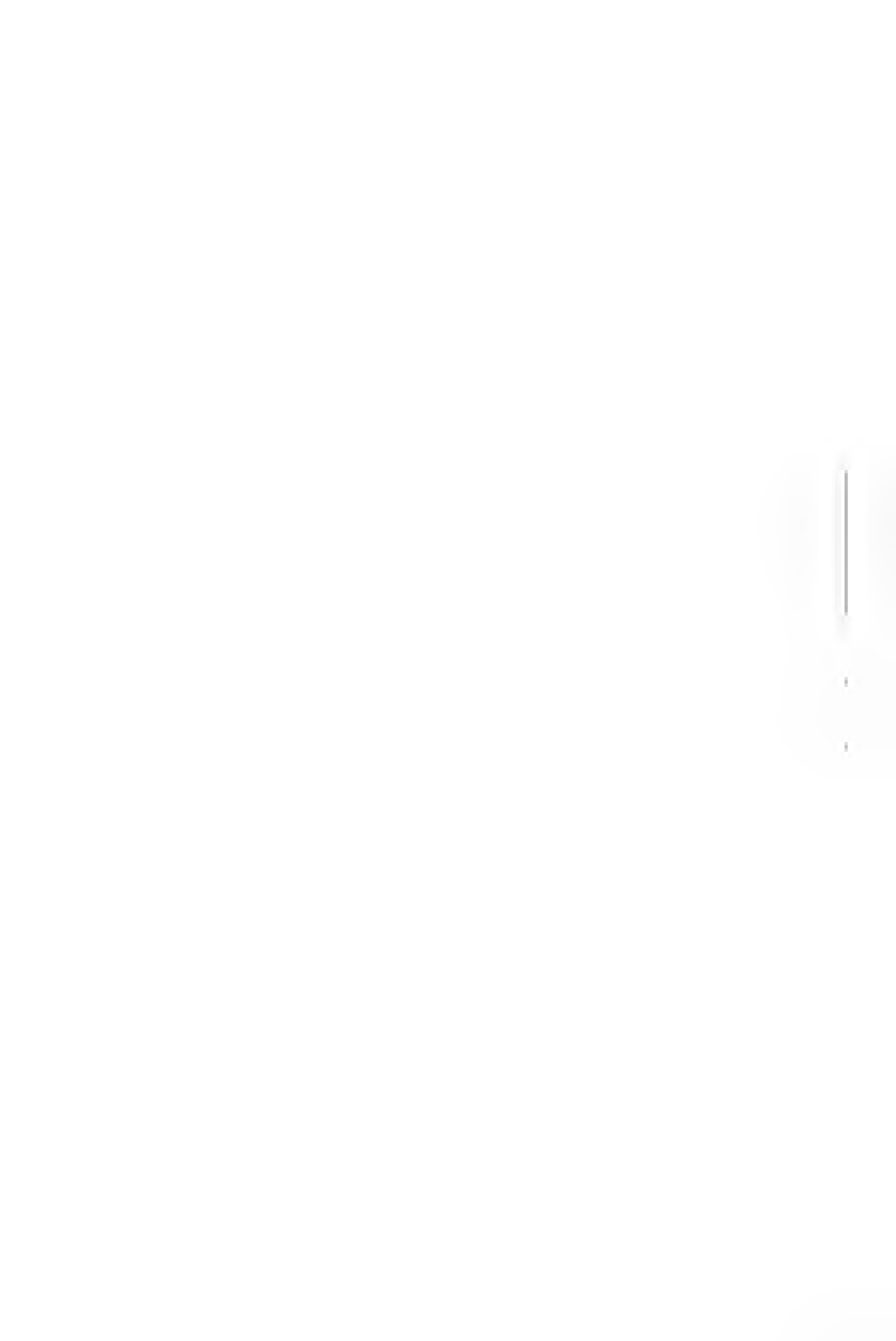




















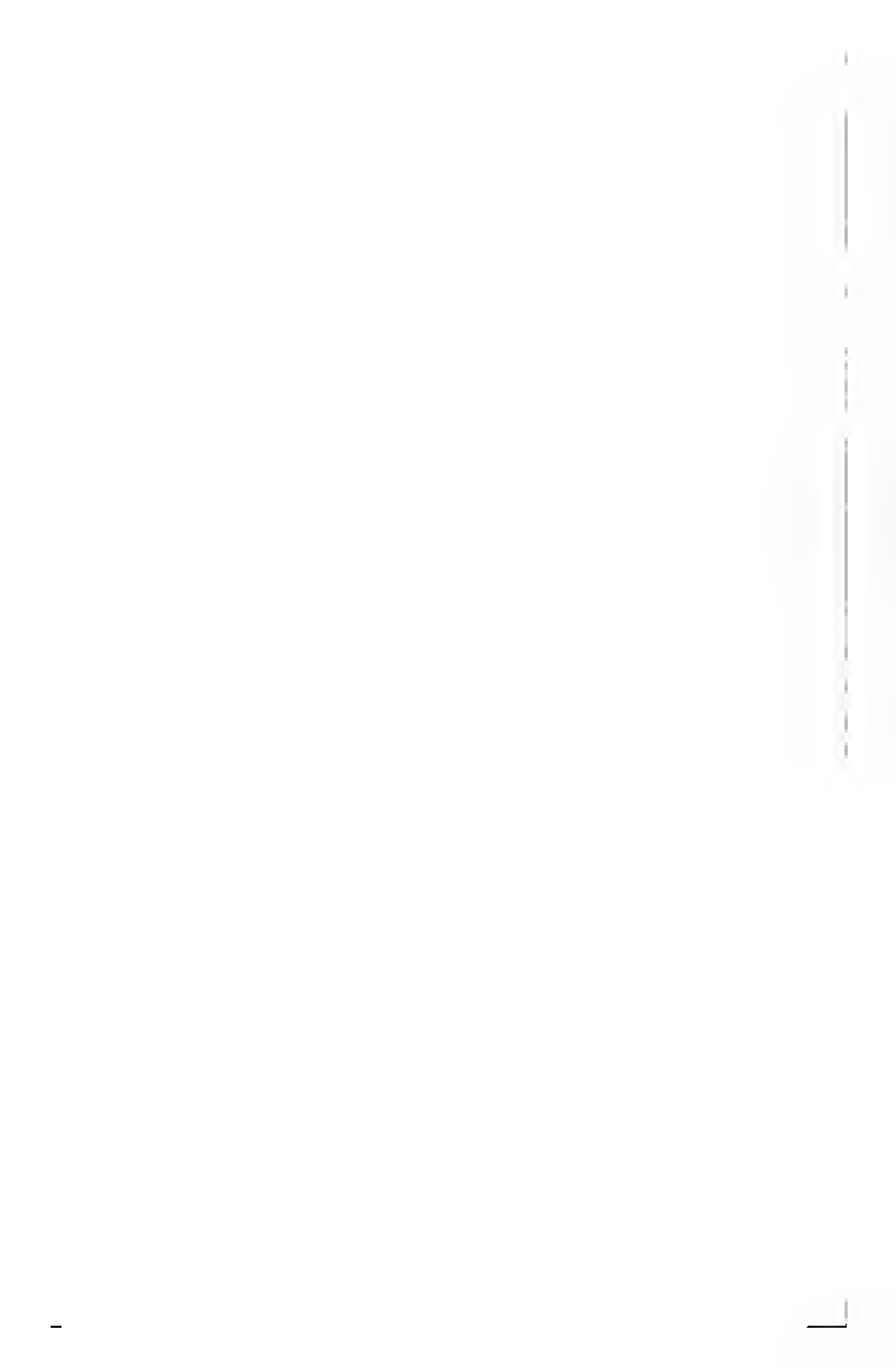
r l'e
ing.,
entri
gnos

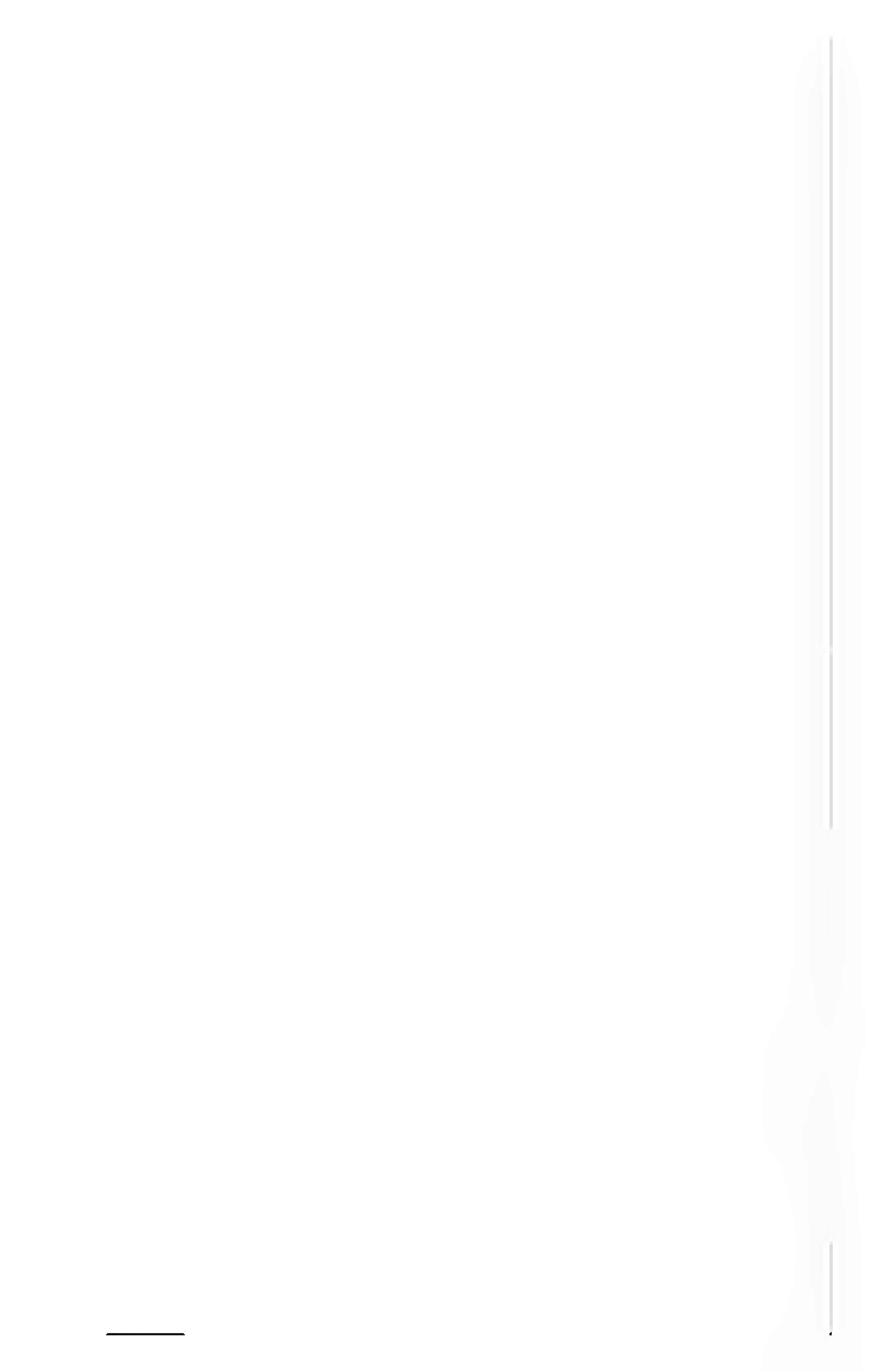
yphi
ath.
ia d
aoyer
ptem
thé
5, 18
ssu
temer
, 18
nan
de B
oût 1
De
7).
Coup

ostic
marq
un B
vert
(Re
l'alié
mal
887)
er se
l'arme
s oss
moye
oyen
her

de B
oût 1
orma
ondre
ur le
).
ans

t sur
à B
XV, 1
du le
oyen
med. Assoc. in the Amér







HOPITAL SAINT-ANDRÉ. — CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR DEMONS

ADÉNOME DU VOILE DU PALAIS

Observation recueillie par M. NATIER, interne des Hôpitaux.

Les tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais en général, et les tumeurs bénignes en particulier, sont assez peu fréquentes pour qu'il nous ait paru intéressant de publier l'observation qui va suivre.

Qu'il nous soit de suite permis de remercier M. Demons pour l'honneur qu'il nous a fait en nous autorisant à cette publication. Nous commencerons par la relation de ce cas et nous la ferons suivre des quelques réflexions qu'elle nous inspire.

Mme A..., quarante-quatre ans, sans profession à L...-M... (Dordogne) entre dans le service (dames payantes) de M. le professeur Demons, le 11 octobre 1887.

Cette dame est absolument indemne de tout antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels. Il y a huit à neuf ans environ, une de ses amies lui fit remarquer qu'elle portait sur le voile du palais quelque chose d'anormal. Elle avait bien elle-même constaté qu'il existait en effet, du côté droit, une petite saillie, mais elle ne s'en était pas autrement préoccupée, prétendant qu'il en était ainsi chez tout le monde. Ce fut, du reste, le pur hasard, un mal de gorge, qui lui fit découvrir la tumeur dont elle était porteur.

A cette époque, le néoplasme avait à peu près la grosseur d'un œuf de pigeon et paraissait plus rapproché de la ligne médiane que de l'arcade dentaire. Les indications de la malade, pour aussi précises qu'on veuille bien les accepter, semblent indiquer déjà que la tumeur aurait pris naissance du côté droit, au niveau du point de jonction de la portion membraneuse avec la portion osseuse du palais, et pour plus d'exactitude, dans l'angle droit postérieur formé par le raphé médian et la ligne transversale correspondant à l'union du

voile avec la voûte palatine. Il n'existait alors de troubles ni du côté de la respiration, ni du côté de la voix dont l'articulation était très nette. Pas d'épistaxis, pas de troubles de la déglutition; la nuit, la malade dormait, la bouche complètement fermée.

L'état local et général (toujours au dire de la malade) est demeuré stationnaire jusqu'à il y a quatre ans. A ce moment, elle s'aperçoit que la voix devient nasonnée; elle prononce néanmoins toujours très nettement chaque mot et chaque syllabe. Elle éprouve au cou une sensation d'engorgement. La respiration nasale demeure toujours libre. Couchée, elle est obligée de se tenir sur le côté droit (côté de la tumeur) car lorsqu'elle est inclinée du côté gauche, celle-ci semble se déplacer et provoque de l'étouffement, lui interdisant de rester dans cette position. Elle commence à dormir la bouche ouverte.

Les troubles fonctionnels étaient si peu importants, que la malade a attendu cinq ans avant de demander les secours de l'art. Les médecins qui la virent alors portèrent le diagnostic de *tumeur bénigne*. L'un d'entre eux (le Dr Lagasse), fut autorisé à pratiquer une ponction exploratrice. Celle-ci donna lieu à l'écoulement de *deux ou trois cuillerées* d'un sang très noir et très épais. Il ne survint à la suite aucune modification ni dans la tumeur proprement dite, ni dans ses symptômes.

Cependant cette dame a remarqué que la grosseur avait dès lors pris un accroissement plus rapide.

Elle vint, l'année dernière, consulter M. Demons qui lui conseilla une extirpation; mais indécise, elle préféra remettre à un autre moment l'opération.

Etat actuel. — Mme A..., d'une haute stature, l'air distingué, présente un état général très satisfaisant. Pas la moindre trace de cachexie, facies normal à peine légèrement anémié. La menstruation a toujours été régulière et persiste encore; depuis trois mois, légère diminution de l'appétit, un peu d'amaigrissement. La malade s'exprime clairement, mais elle nasonne quelque peu en parlant.

A l'examen direct, dès qu'on prie cette dame de tenir la

bouche ouverte, on aperçoit immédiatement, faisant saillie sur la face inférieure du voile du palais et du côté droit, une tumeur d'aspect lisse bosselée, unie, allongée d'avant en arrière et de haut en bas. La muqueuse qui la recouvre est très vasculaire et *parfaitement saine*.

Elle a à peu près le volume et la forme (ovalaire) d'un œuf de poule, à grosse extrémité postérieure, à petite extrémité antérieure. En dehors, elle suit assez bien la courbure de l'arcade dentaire et vient se terminer en avant au niveau de la première canine. En dedans, elle dépasse légèrement la ligne médiane. Si l'on procède ensuite à l'examen de la tumeur avec le doigt, on reconnaît qu'elle s'étend en arrière jusqu'à la partie postérieure du voile qu'elle soulève et qu'elle cache complètement la luette.

On remarque en outre, qu'elle semble adhérer au voile du palais par un large pédicule, mais elle a plutôt l'aspect d'une tumeur sessile que d'une tumeur pédiculée. Il est aussi facile de se convaincre en déprimant avec le doigt la partie interne, que si elle dépasse le raphé médian, elle ne fait nullement corps avec lui et que le néoplasme ayant pris naissance en dehors de ce raphé en a parfaitement respecté les limites. Quand on le saisit dans le sens antéro-postérieur, il demeure complètement immobile, il est par contre possible de lui imprimer de légers mouvements de latéralité. Au toucher, il paraît légèrement lobulé, offre une consistance dure, sans la moindre trace de fluctuation. A la surface, on remarque, sur la partie inférieure, une cicatrice étoilée, blanchâtre, de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ, et correspondant au point où avait porté la ponction antérieure.

Au point de vue des troubles fonctionnels, il n'y a absolument rien à signaler du côté de l'oreille et de l'œil droits. A part des céphalées très vives dont a eu à se plaindre la malade depuis un mois environ, et le nasonnement dont nous avons déjà parlé, on peut dire que l'état général ne laisse absolument rien à désirer.

Il n'existe *pas la moindre trace d'engorgement ganglionnaire*. On porte le diagnostic d'adénome du voile du palais.

Opération le 15 octobre 1887. — La malade est placée sur une chaise. La langue ayant été déprimée, M. le professeur Demons commence l'opération sous le spray phéniqué, et sans chloroformisation préalable. Il incise d'un seul coup et sur la ligne médiane la muqueuse et en partie la tumeur sous-jacente dans toute sa longueur. Puis, saisissant avec une pince longue cette tumeur, il la décolle avec l'index et procède en un seul temps à son énucléation. Il s'écoule une petite quantité de sang que l'on peut évaluer à quatre ou cinq cuillerées environ. On pratique une première hémostase à l'aide de tampons d'ouate salycilée, trempés dans une solution phéniquée.

La tumeur enlevée, on voit alors deux lambeaux noirâtres et d'égale dimension flottant de chaque côté et qui ne sont autre chose que la muqueuse dont elle était recouverte. Il est maintenant facile d'en constater le siège exact : elle était située du côté droit au niveau du point précis que nous avons indiqué plus haut. Elle avait pris naissance sur le voile du palais, et de là, dans son développement, s'était étendue un peu dans tous les sens, mais surtout en avant du côté du palais osseux, où elle envoyait un prolongement pouvant être évalué aux deux tiers environ de sa grosseur totale. De même, elle avait dépassé la ligne médiane. Elle paraissait en arrière faire corps avec l'amygdale droite, elle en occupait tout simplement la place, car les glandes amygdaliennes ont *complètement disparu des deux côtés.*

L'hémostase définitive a été assez longue à obtenir car il persistait constamment un écoulement en nappe dont on a cependant pu se rendre maître en promenant le thermocautère sur les surfaces saignantes. Pendant ce temps, on fait à plusieurs reprises rincer la bouche avec de l'eau vinaigrée. Enfin, au bout d'une demi-heure, cinq points de suture au catgut sont appliqués sur les lèvres de la plaie et la malade peut, après quarante minutes, regagner elle-même sa chambre, l'opération étant complètement terminée.

Suites opératoires. — Les suites de l'opération ont été très simples. Il n'y a guère à signaler qu'un suintement de sang qui

a persisté toute l'après-midi du premier jour et qui s'est arrêté de lui-même le soir pour ne plus reparaître. Le thermomètre ne s'est pas élevé au-dessus de 38° 4. Le lendemain, on a dû ponctionner pour évacuer le sang qui s'était collecté sous la muqueuse. Les points de suture ont été enlevés le troisième jour. Comme complications, vives douleurs du côté de l'oreille droite qui ont persisté toute une après-midi et toute une nuit et qui ont alors tout à fait cessé.

Le 24 octobre, il ne restait qu'une petite saillie de la grosseur d'une noisette et qui était manifestement en voie de résolution. La malade avait commencé à sortir en ville depuis deux jours; l'appétit était revenu, et elle avait demandé son exeat pour retourner chez elle. Les règles sont revenues dans la matinée du 24. La malade a constamment usé de gargarismes à l'a. thymique au 1/000°.

Caractères macroscopiques de la tumeur. — Elle est oblongue et mesure environ 6 centimètres, dans son plus grand diamètre; le diamètre transversal à 4 ou 4 1/2 centimètres. On a négligé de la peser à l'état frais, mais après huit jours d'immersion dans l'alcool P = 50 grammes. Incisée dans le sens de son plus grand diamètre, elle revêt un aspect blanchâtre, comme lardacé. Elle est divisée en petit lobules très considérables. Elle est dure et ne présente pas la moindre trace de cavité hystique.

Examen histologique de la tumeur, par M. Denucé, agrégé à la Faculté.

Des fragments de la tumeur pris à la superficie ont été fixés par l'alcool, puis divisés par les procédés habituels (acide picrique, gomme et alcool). D'autres ont été traités par le mélange chromo-aceto-osmique de Flemming et l'alcool absolu.

Les coupes faites sur les fragments de la première catégorie et soumises à divers procédés de colorations, picrocarmin, carmin-ammoniacal et liqueur iodo-iodurée, hématoxyline, hématoxyline et lavage à l'alcool absolu picriqué,

éosine hématoxylique de Renaut ont donné les résultats suivants :

A un faible grossisssement (oc. 1 obj. 2 Vérick) la partie de la coupe correspondant à la surface de la tumeur paraît irrégulière, creusée de cryptes peu profondes et étroites, hérissée de prolongements. Ces prolongements sont formés de cellules épithéliales amassées, disposées avec ordre et en continuité avec l'épithélium de la muqueuse qui revêt toute la tumeur et se déprime simplement pour former les cryptes. Cet épithélium est cylindrique à plusieurs couches. Au dessous de l'épithélium, se trouve un chorion cellulaire assez lâche contenant d'assez nombreux vaisseaux, dépourvu de culs-de-sac glandulaires, et interrompu par places par le tissu propre de la tumeur qui vient affleurer le revêtement épithélial.

Le tissu est constitué par des lobules ou amas irréguliers dans leurs dimensions et leurs formes plus ou moins arrondis, présentant des ramifications qui les mettent en connexion les uns avec les autres. Ils sont formés par des éléments cellulaires arrondis, se teignant fortement par le carmin ; dans leur épaisseur même, on peut voir des traînées plus ou moins considérables de tissu cellulaire, d'où part évidemment un reticulum fin enserrant dans ses mailles les éléménts cellulaires. Les autres sont séparés par des traînées de tissu conjonctif. Entre les amas, et plus rarement dans leur épaisseur, on voit des vaisseaux assez nombreux et présentant des parois remarquablement épaisses.

Avec un plus fort grossissement (obj. 4, 6, 7) les détails de la structure se montrent avec netteté. On voit l'épithélium formé de plusieures couches. La plus profonde est constituée par une rangée de cellules cylindro-coniques, implantées par leur pointe et présentant un noyau volumineux, plus rapproché du point d'implantation. Les couches sus-jacentes sont formées de cellules cubiques, s'applatissant à mesure qu'elles approchent de la superficie, et s'amassant pour former les prolongements. Au niveau de ces prolongements, la couche profonde de l'épithélium est légèrement soulevée, mais le

presque constamment au point où siégeait la tumeur, c'est-à-chorion n'envoie pas de prolongement dans les saillies dont nous avons parlé.

Plus les cellules s'aplatissent, et moins leur noyau est teint par le carmin, mais il est apparent.

Pour mettre en vue le caractère de la tumeur, j'ai eu recours à une technique que j'ai indiquée déjà à la Société d'Anatomie de Bordeaux, en juillet 1887, je veux parler de la coloration par une solution concentrée d'acide picrique, additionnée d'une solution alcoolique de bleu d'aniline, jusqu'à coloration vert foncé du mélange. Dans les coupes traitées, par ce réactif, les éléments cellulaires sont colorés en vert, tandis que le reticulum adénoïde ressort en bleu clair. J'ai aussi eu recours au pinceautage des pièces traitées par l'alcool au 1/3.

Partout le reticulum a montré les caractères d'un réseau de fibrilles homogènes, fines, formant des mailles dont la plupart des points de croisement, points nodaux, sont fertiles, c'est-à-dire présentent un noyau. Ces fibrilles réticulaires partent, soit de traînées plus denses que l'on rencontre dans l'épaisseur des amas cellulaires, soit des parois mêmes des vaisseaux. A la périphérie, elles se perdent dans le tissu interlobulaire, trop dense pour qu'on puisse lui reconnaître un caractère adénoïde.

Les cellules qui remplissent ces mailles sont arrondies, de dimensions à peu près égales. Leur noyau rond, fortement teint par le carmin ou l'hématoxyline est entouré d'une couche mince de protoplasma.

Les vaisseaux capillaires ont des parois considérables dues à l'épaisseur de la couche musculaire et surtout de l'adventice qui sert de point d'appui au reticulum, et paraît colorée en bleu comme celui-ci dans les pièces traitées au bleu d'aniline.

Nulle part je n'ai vu de follicules proprement dits.

En résumé, la tumeur est formée par un tissu adénoïde diffus, offrant ses caractères normaux, et tel qu'il entre en partie dans la constitution des amygdales, et surtout de l'amygdale pharyngienne de Luschka, tel qu'on le rencontre

dire à l'union du voile et de la voûte, de chaque côté de la ligne médiane. La tumeur ressemble donc absolument aux végétations dites adénoïdes, et sa forme même permet de lui appliquer le titre de tumenr adénoïde plus récemment proposé. Et je compléterai tout à fait ma pensée en disant que cette tumeur m'a présenté une grande analogie de structure avec celles désignées sous le nom de lymphadénomes. Néanmoins, en tenant compte du lieu d'apparition et d'après ce que nous ont appris les auteurs qui se sont spécialement occupés de la question, nous voudrons bien accepter le pronostic comme bénin, en nous réservant cependant de dire que nous ne serions pas surpris outre mesure si nous apprenions que la tumeur a récidivé.

Les détails de l'observation que nous venons de rapporter nous ont suggéré quelques réflexions que nous allons maintenant exposer.

Et d'abord, nous rappellerons qu'il fautarriver jusqu'à Boyer (1819) pour voir certaines tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais être distraites du cadre des tumeurs syphilitiques ou cancéreuses dans lequel on les faisait toutes entrer. Mais leur nature restait néanmoins inconnue. Nélaton, en 1847, extirpait à une religieuse d'Orbec, âgée de 26 ans, et qui lui avait été adressée par Récamier, une tumeur que d'abord on avait cru maligne.

L'examen histologique en fut pratiqué par Ch. Robin et il démontra la nature glandulaire du néoplasme. Dès lors, on se mit à considérer comme des hypertrophies glandulaires ou des adénomes vrais toutes les tumeurs bénignes. Cette croyance persista sans contestation jusqu'en 1874. A cette époque, Desprès présenta à la Société de chirurgie de Paris une tumeur du voile du palais qu'il désigna sous le nom d'adénome kystique. Mais elle fut reconnue par Coyne pour un sarcome glandulaire ayant débuté par un fibrome pour subir plus tard la transformation sarcomateuse. Ce qui devait fatalement arriver se

produisit, la réaction fut vive et l'existence des adénomes vrais fut, à partir de ce moment, à peu près complètement mise en doute.

En vain Python (th. Paris, 1875), grand partisan de la nature adénoïde des tumeurs du palais, essaie-t-il d'enrayer le mouvement et de montrer que le fait de Coyne doit plutôt être considéré comme une exception. Barrière, quelque temps après, prenant une à une ses observations, les soumet une à rigoureuse critique et, loin de se laisser convaincre par l'assurance de l'auteur, conteste l'authenticité des faits qu'il avance, sans preuves suffisantes du reste. Pour Barrière, les prétendus adénomes pourraient bien n'être que des adéno-sarcomes, sinon des tumeurs malignes d'un autre genre. En effet, sur quinze observations qu'il rapporte dans sa thèse, c'est à peine s'il en est trois ou quatre où la nature glandulaire du néoplasme soit manifestement démontrée. Le dernier travail d'ensemble paru sur ce sujet est dû à Mormiche, qui a pu réunir neuf observations d'adénomes de la région palatine. Les observations parues depuis sont fort rares car il ne nous a été possible de relever dans les divers recueils que nous avons pu consulter, que trois cas d'adénome palatin dont deux dus à Hutchinson, et un autre signalé par Tillaux.

Les causes de l'adénome palatin sont totalement inconnues, d'après les auteurs, et notre observation ne saurait apporter aucune lumière sur le sujet. Nous dirons pourtant qu'il apparaît d'ordinaire avant quarante ans, tandis qu'il est rare et même exceptionnel de voir le cancer débuter avant cet âge.

D'après les relevés statistiques il semblerait qu'on rencontrât l'adénome plus fréquemment dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Un fait qui nous a frappé c'est le lieu d'apparition de la tumeur qui se montre d'ordinaire à l'union du palais osseux et du palais membraneux, en un point sur lequel nous avons suffisamment insisté dans le cours de notre observation pour n'avoir

pas à y revenir maintenant. La raison, comme on devait s'y attendre, en serait purement anatomique et cela proviendrait de ce « qu'immédiatement au-dessous de la muqueuse est placée une couche glandulaire très épaisse surtout sur les côtés de la ligne médiane et au niveau de l'insertion du voile. » (Gayraud, *Dict. encycl. des Sc. méd.*, art. Voile du palais, t. XIX, p. 686.)

C'est à tort qu'on a dit que jamais ces tumeurs ne se rencontraient sur la face supérieure du voile; pour si exceptionnel qu'il puisse être, le cas de Tillaux vient en effet infirmer cette opinion trop absolue. Et cela s'explique du reste étant donné qu'on rencontre sur la face supérieure des glandules salivaires d'une nature identique à celle de la face inférieure du voile.

Nous ne dirons qu'un mot de la symptomatologie; les tumeurs à début lent et insinieux n'occasionnent que peu ou point de troubles, un simple nasonnement et un peu de gêne de la respiration pendant le sommeil chez notre malade. — L'évolution est si longue qu'elle passe inaperçue et que les personnes porteurs de ces tumeurs croient comme Mme A... que *tout le monde a le palais ainsi constitué*. Il faut en arriver aux troubles fonctionnels pour qu'une intervention opératoire soit réclamée.

Nous n'entrerons pas dans les détails du diagnostic, car s'il est quelquefois facile de différencier les unes des autres les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes, il n'en est plus de même quand il s'agit de déterminer exactement la nature de ces dernières. Nous dirons que cliniquement la chose est impossible et que seul l'examen histologique peut fixer complètement. « Heureusement le diagnostic purement anatomique n'est pas indispensable au praticien, auquel il suffit d'établir un diagnostic clinique, basé surtout sur la connaissance du plus ou moins de bénignité de la tumeur. » (Gayraud, *loc. cit.*, p. 737.)

Le pronostic est toujours bénin, et ces tumeurs n'ont aucune tendance à s'ulcérer, nous disent les auteurs. Il

n'en serait pas toujours de même d'après Hutchinson qui a rapporté à la *Patholog. Society of London* deux cas d'adénome du palais avec ulcération à leur centre et dénudation osseuse dans le premier cas et détritus caséeux très fétides dans le second. A la même séance, M. Barker rappelle encore un cas d'adénome du palais enlevé par C. Heath où il existait aussi une ulcération avec détritus caséeux fétides. On devra donc se rappeler qu'il est possible de rencontrer des adénomes du palais ulcérés.

Le traitement de ces tumeurs, on peut le dire hardiment, devra toujours être chirurgical, car seul il est de mise. Grynfeltt put bien, à la verité, dans un cas, voir sous l'influence d'applications locales de teinture d'iode et l'usage d'un sirop concentré d'iodure de potassium à l'intérieur, disparaître en quelques mois une tumeur prise au début pour une epulis épithéliomateuse. Mais force lui fut de recourir plus tard aux moyens chirurgicaux, la tumeur momentanément enrayée dans sa marche ayant pris un développement considérable.

L'énucléation sera presque toujours très facile, aussi facile que dans notre cas particulier. Que si l'on avait à pratiquer l'opération chez une personne très pusillanime, ou chez un enfant, on pourrait user du procédé inventé par Rose et chloroformiser la tête pendante. Les avis sont partagés relativement à la suture de la plaie; en se dispensant de la faire, on éviterait à coup sûr l'épanchement de sang sous la muqueuse, et la guérison, en ayant soin de tenir la plaie constamment propre, n'en serait probablement guère retardée.

Index bibliographique.

Nélaton : Leçons sur une variété non décrite de tumeur du voile du palais (*Gaz. des Hôpit.*, p. 33, 1852). — **Michon** : Tumeur adénoïde siégeant au voile du palais et à la voûte palatine (*Bull. de la Soc. de Chir.*, t. II, p. 434, 1852). — **Bauchet** : Adénome palatin (*Monit. des hôpit.*, p. 1134, 1853). — **Laugier** : Adénome du palais (*Monit. des hôpit.*, 10 mai 1856). — **Robin et Rouyer** : Tumeur adénoïde du voile du palais. Ablation après la mort du malade. Examen microsc. (*Monit. des hôpit.*, 1856, p. 441). — **Rouyer** ; Mémoire sur les tumeurs de la région palatine,

constituées par l'hypertrophie des glandules salivaires (*Monit. des hôpit.*, 1857). — **Fano** : Tumeur de la voûte palatine (*Th. agrég. Ch.*, 1857.) — **Ansiaux** : Tumeur adénoïde limitée à la région palatine, guérie par l'excision combinée à la cautérisation (*Presse méd.*, 1863). — **Letenneur** : Adénome de la voûte palatine et du voile du palais (*Journ. de Méd. de l'Ouest*, 1870). — **Desprès** : Adénome kystique du voile du palais (*Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, p. 371, 1871). — **Python** : Des adénomes du voile du palais et de la voûte palatine (*Th. de Paris*, 1875). — **Barrière** : Essai sur les tumeurs palatines confondues sous le nom d'adénomes (*Th. Montpellier*, 1878). — **Grynfeltt** : Adénome de la voûte du palais (*in th. de Barrière* commun. manuscrite, 1878). — **Mormiche** : De l'adénome palatin (*Th de Paris*, 1883). — **Tillaux** : Adénome de la face supérieure du voile du palais (*Gaz. Méd. de Paris*, 11-25 août 1883.) — **Hutchinson** : Deux cas d'adénome du palais (*Lancet*, 22 mai 1886, p. 973). **M. N.**

LA RÉGION SOUS-GLOTTIQUE DU LARYNX (1)

par le professeur **MASSE**.

Le larynx est un organe qui a été, certes, bien étudié par les anatomistes et les physiologistes, et je vais vous paraître bien osé en venant ici vous présenter quelques considérations, sur sa confromation qui paraît être aujourd'hui si connue.

Mes recherches ont porté sur une région spéciale du larynx relativement délaissée, *la région sous-glottique*, celle qui est comprise entre la corde vocale inférieure et le bord inférieur du cartilage cricoïde. Je signalerai les rapports de cette région avec la partie supérieure de la trachée et avec la glotte proprement dite et ses ventricules. Je dirai un mot en passant du vestibule de la glotte.

La méthode d'étude qui m'a paru la plus utile pour connaître la partie du tube aérien qui est destinée à l'émission de la voix, est celle des injections des cavités du larynx, à l'alliage d'Arcet. Connaître très exactement les variations de calibre des tuyaux sonores où se produisent et où se renforcent les sons, me paraît

(1) Communication faite au Congrès de Toulouse, section des sciences médicales, lundi 26 septembre 1887.

indispensable pour l'étude d'une question dans laquelle entrent, pour une bonne part, des problèmes de physique et de mécanique.

Ce qu'il y a de particulier dans l'instrument plus ou moins musical que nous possédons et dont nous nous servons plus ou moins bien, ce sont les variations de forme que nous pouvons lui imposer d'une façon instinctive. La forme des cavités résonnantes ou parlantes du larynx peut changer, et nous arrivons ainsi à moduler les sons, par un procédé analogue à celui qu'emploie un instrumentiste qui joue d'un instrument à vent et qui modifie par divers artifices les conditions physiques des tuyaux dans lesquels il cherche à produire des sons plus ou moins harmonieux. Toutes les régions du larynx peuvent subir ainsi des modifications de forme et de volume :

Le vestibule de la glotte par l'abaissement de l'épiglotte, les mouvements de bascule des cartilages arythénoïdes et la contraction des muscles arythénoïdiens.

La glotte, par le rapprochement ou l'éloignement des cordes vocales.

Les ventricules se laissent plus ou moins distendre par l'air. Enfin, la région sous-glottique elle-même n'échappe pas à des modifications de forme et de volume.

Limitée supérieurement par la glotte, cette région subit les conséquences de toutes les variations de forme de cet orifice.

A la limite inférieure de la région sous-glottique, il y a cependant un segment de la cavité sous-glottique du larynx dont le calibre est relativement fixe; cette région est comprise en partie dans l'anneau cricoïdien. Elle a une hauteur de 6 millimètres environ; elle est limitée par un plan passant par le bord inférieur du cartilage cricoïde et par un deuxième plan passant par le bord supérieur et antérieur de ce même cartilage.

La partie postérieure de la région sous-glottique a une limite fixe formée par la partie postérieure du cartilage

cricoïde, mais, en avant, des changements de forme assez étendus sont possibles alternativement par distension au niveau de la membrane crico-thyroïdienne ou par bascule et rapprochement des cartilages cricoïde et thyroïde à ce même niveau.

La cavité sous-glottique du larynx a des changements de capacité et de forme dont il nous faut, je crois, tenir grand compte. La muqueuse de cette région est forcément dépendante de tous les mouvements qui s'exécutent au niveau de la glotte, et si les lèvres de la glotte interligamenteuse se rapprochent, si la glotte inter-arythénoïdienne s'efface, la muqueuse sous-glottique doit suivre en partie ces mouvements.

La cavité sous-glottique tendra à s'effacer de bas en haut, et de dehors en dedans. Elle s'aplatira transversalement, s'effilant de bas en haut pour former une espèce de figure dont la partie inférieure cylindrique irait en se retrécissant transversalement pour arriver à se toucher par deux faces, en interceptant un orifice linéaire à direction antéro-postérieure.

Rien ne peut donner une meilleure idée de ce qui se passe là, que ce qui se produit dans un tube de caoutchouc que l'on presse entre deux doigts à une de ses extrémités pour en intercepter plus ou moins le calibre.

Cette cavité presque cylindrique, à certains moments, tend à devenir conique, le cône dont il s'agit ayant la base en bas et le sommet en haut. Les 3/4 supérieurs de la région sous-glottique affectent la forme d'un segment de cône dont la base serait au niveau du bord supérieur et antérieur du cartilage cricoïde et le sommet tronqué au bord des cordes vocales inférieures. Ce cône serait plus ou moins aplati transversalement vers son sommet suivant que les cordes vocales seraient plus ou moins rapprochées.

La muqueuse, qui a tapissé la face supérieure et les bords des cordes vocales inférieures, se dirige, très obliquement de haut en bas, vers les parois du larynx,

quand les cordes vocales sont rapprochées, sans présenter inférieurement aucun relief appréciable. Quand les cordes vocales sont largement écartées, la muqueuse de la région sous-glottique, après avoir recouvert le bord de ces cordes, rejoint les parois cartilagineuses du larynx circonscrivant une cavité presque cylindrique. Dans ce cas comme dans le précédent les cordes vocales inférieures ne forment inférieurement aucun relief appréciable du côté de la région sous-glottique.

Grâce à l'existence d'un tissu cellulaire assez lâche, la muqueuse de la région sous-glottique du larynx suit les mouvements de rapprochement, d'éloignement ou de tension des cordes vocales.

La cavité sous-glottique du larynx présente un volume variable qui est à noter si l'on considère cette région comme partie résonnante des voies aériennes. Les changements de capacité de cette cavité, ont encore une certaine importance pour régler le mode d'écoulement de l'air à travers les lèvres plus ou moins écartées de la glotte.

La plupart des physiologistes se sont surtout occupés des vibrations des cordes vocales inférieures. On a considéré ces cordes vocales comme des anches membraneuses plus ou moins minces au niveau de leurs bords, et susceptibles de vibrer comme le feraient deux membranes de caoutchouc tendues horizontalement sur un cylindre en bois ou en verre et plus ou moins rapprochées.

Mais les cordes vocales humaines représentent-elles bien ce mode d'agencement? Le tube porte-vent situé au-dessous des cordes vocales n'est pas cylindrique; les cordes vocales inférieures ne représentent pas une membrane mince. Ces cordes vocales et la muqueuse qui les recouvre ne s'accolent pas seulement par des bords, mais elles tendent à se rapprocher par des faces.

La muqueuse sous-glottique ne vibrerait-elle pas tout entière ainsi que l'affirmait Bataille? Ce laryngologiste attribuait le registre de poitrine à des vibrations d'en-

semble de la muqueuse sous-glottique; il y a là une question fort intéressante, au point de vue physiologique, et que je livre aux méditations des physiologistes et des spécialistes.

L'écoulement de l'air, vigoureusement poussé par la double soufflerie pulmonaire à travers le tube trachéal et le larynx, parcourt des parties successivement dilatées et rétrécies qui sont des cavités résonnantes qui peuvent donner certaines qualités aux sons laryngiens.

On peut se demander même si le porte-vent sous-glottique ne concourrait pas à l'émission et aux modulations des sons fondamentaux qui constituent la voix humaine.

La forme de la cavité sous-glottique du larynx au moment de l'émission de la voix n'est certainement pas sans influence sur les vibrations de l'air qui traverse cette partie du larynx pour arriver dans des cavités plus larges, dans les ventricules et dans le vestibule de la glotte.

La question, autrefois si discutée de la théorie des anches membraneuses, est-elle absolument un axiome indiscutable? Ne peut-on pas demander encore une révision des anciennes opinions émises par Dodart, Savard, Biot, Liscovius, Longet, Helmoltz et Mandl?

Les dimensions de l'orifice de la fente glottique ne sont-elles pas aussi importantes à noter que la longueur ou la tension des cordes vocales?

Faut-il appliquer à la voix humaine la théorie de tuyaux sonores, ou celle des instruments à anches membraneuses?

Y a-t-il place pour une opinion mixte? Ce sont là des problèmes posés, qui sont de nature à stimuler le zèle des physiologistes. Pour ma part, je suis porté à croire que la tension des cordes vocales se joint à l'intensité plus ou moins grande du courant d'air expiré dans la production du son fondamental du larynx et dans ses diverses modulations.

L'air est ici le corps sonore, c'est incontestable, mais

les vibrations de l'air sont-elles réglées par les vibrations des cordes vocales ou bien par les dimensions plus ou moins larges de l'orifice inter-glottique? Ce sont là des questions nouvelles à résoudre.

La trachée est aussi soumise à des changements de formes; elle peut être distendue par l'air, et c'est alors un tube alternativement renflé et rétréci, c'est ce que l'on voit sur des injections à l'alliage d'Arcet.

L'élévation du larynx tout entier en étirant le tube trachéal, modifie son calibre en mettant en jeu l'élasticité de cet organe. On a prétendu que la trachée s'accordait ainsi pour les sons qu'elle devait renforcer. La trachée est un organe presque cylindrique dans son ensemble, mais à la partie supérieure, au point de jonction de la trachée et du larynx, dans une hauteur d'environ deux centimètres, le tube aérien affecte la forme d'un cône dont la base correspond au troisième cerceau de la trachée et le sommet tronqué au bord inférieur du cartilage cricoïde, à la partie inférieure de la région sous-glottique.

L'air qui s'échappe en vibrant à travers les cordes vocales inférieures passe dans une cavité plus large par ses prolongements latéraux, celle de la glotte proprement dite et des ventricules; il doit, pour pénétrer dans le vestibule de la glotte, ébranler les cordes vocales supérieures qui lui opposent un certain obstacle. Le vestibule de la glotte est relativement plus large, mais pour passer dans le pharynx, il y a encore un orifice à dimensions variables compris entre les replis aryténo-épiglottiques, la muqueuse inter-aryténoïdienne et l'épiglotte elle-même. L'air se dilate alors plus à l'aise dans le pharynx, d'où il passe par deux orifices à dimensions variables, limités par les piliers antérieurs et postérieurs du voile palais, d'une part dans l'arrière cavité des fosses nasales, les fosses nasales et les sinus; d'autre part, dans la cavité buccale. Il arrive enfin au dehors par des orifices encore à dimensions variables, l'ouverture des narines et la bouche.

Je n'ai pas à insister ici sur les variations de capacité des cavités pharyngiennes et buccales.

Les cavités du pharynx s'effacent plus ou moins par la contraction de leurs parois, elles s'agrandissent par l'élévation du larynx; la cavité buccale change de forme par les divers mouvements de la langue et les contraction des joues.

Toutes ces cavités ont leur capacité modifiée à certains moments de la phonation, de la respiration et de la déglutition, et elles sont séparées les unes des autres par des orifices qui peuvent modifier leur calibre et changer ainsi le mode d'écoulement de l'air qui les traverse. Nous n'avons, en aucune façon, l'intention de nous occuper de tous les problèmes complexes de physiologie qui sont afférents aux variations de capacité des cavités résonnantes des voies aériennes, dans lesquelles on trouve une application de l'ingénieuse théorie d'Helmoltz.

L'air vibrant et passant dans ces cavités alternativement retrécies et dilatées, on comprend l'importance d'une étude plus exacte des orifices qui règlent son mode d'écoulement.

J'ai hâte de revenir au sujet qui fait l'objet spécial de ma communication : *La cavité sous-glottique du larynx.*

Cette cavité, avons-nous dit, a un volume variable dans ses 3/4 supérieurs par le rapprochement des cordes vocales inférieures et de la muqueuse sous-glottique; elle change aussi de capacité par les mouvements de bascule du cartilage cricoïde et du cartilage thyroïde. Quand le cartilage cricoïde s'éloigne en avant du cartilage thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne forme en avant une paroi assez étendue de la région sous-glottique du larynx. Cette paroi se laisse distendre par l'air comme on la voit se distendre dans des conditions analogues par l'injection à l'alliage d'Arcet. Par le rapprochement au contraire des cartilages cricoïde et thyroïde en avant, la membrane crico-thyroïdienne cesse de pouvoir se distendre dans cette direction, pour se prêter à une

augmentation de calibre de cette région de la cavité sous-glottique du larynx.

La muqueuse sous-glottique est doublée d'un tissu cellulaire lâche, qui se prête aux diverses variations de capacité de cette région des voies aériennes, et c'est ce qui nous permet de comprendre qu'elle puisse si facilement changer de forme.

Les injections à l'alliage d'Arcet dont j'ai l'honneur de vous montrer des spécimens, indiquent avec assez d'exactitude la forme de la région qui nous occupe ; on peut les faire, la glotte entièrement ouverte ou fermée, le cartilage cricoïde rapproché ou complètement éloigné, en avant du thyroïde, et il est facile sur deux larynx appartenant à des sujets de même âge, de se faire une idée exacte des variations de forme et de capacité de cette cavité dans les diverses positions des cordes vocales.

Si l'on remplit de mercure un segment de trachée et la cavité sous-glottique du larynx jusqu'au niveau des cordes vocales inférieures, on peut juger des variations de capacité de la région sous-glottique par les variations de niveau du mercure qui se produisent en rapprochant ou en éloignant les cordes vocales inférieures. On peut rendre ce phénomène plus évident en maintenant sur le mercure un petit flotteur gradué.

La cavité sous-glottique est conique par le rapprochement des cordes vocales, mais elle tend à prendre une forme presque cylindrique dans la dilatation complète de la glotte. C'est ce que démontrent nettement mes injections à l'alliage d'Arcet.

On se ferait une idée assez exacte de la cavité sous-glottique en la considérant comme formée dans son 1/4 inférieur par un segment de cylindre surmonté dans ses 3/4 supérieurs d'un segment de cône qui peut se transformer, dans certaines circonstances, en une cavité presque cylindrique de même base et de même hauteur. La partie supérieure de la région sous-glottique, celle qui est surtout à capacité variable, a pour base une circonférence

de 18 à 20 millimètres de diamètre et une hauteur de 22 à 24 millimètres.

Pour nous faire une idée exacte de cette région, nous aurions à calculer tantôt la capacité d'un cylindre de 18 à 20 millimètres de diamètre à sa base et d'une hauteur de 22 à 24 millimètres, tantôt la capacité d'un segment de cône de même base et de même hauteur. Dans la région à capacité invariable située à la partie inférieure de la région sous-glottique, il y a un segment de cylindre de 20 à 22 millimètres de base et de 6 millimètres environ de hauteur.

Au point de vue chirurgical et pathologique, la région sous-glottique du larynx est des plus importantes.

L'épaississement, le gonflement par de l'inflammation et de l'œdème de la muqueuse de cette région, l'oblitération de son calibre par des produits pseudo-membraneux ou par des tumeurs, peut avoir des conséquences des plus graves sur la phonation et la respiration.

Le chirurgien a grand intérêt à être très exactement fixé sur les dimensions et la forme de cette région, au niveau de laquelle il doit quelquefois opérer. Le volume des canules doit être calculé aussi exactement que possible sur les dimensions des voies aériennes en ce point ; le calibre de la région sous-glottique du larynx se distingue très nettement du calibre de la trachée proprement dite. Les moulages du larynx nous fournissent ici des renseignements des plus utiles.

L'examen attentif des moulages du larynx éclairera le chirurgien qui serait désireux de mettre en pratique une opération française, abandonnée avec dédain et qui nous revient aujourd'hui d'Amérique, *le tubage de la glotte*.

)ule du larynx nous sera d'un grand secours
ıs montrer la direction à prendre pour pénétrer
nt dans la cavité de cet organe. Le tubage du
ous le savez tous, Messieurs, est une opération
devons à notre compatriote *Bouchut*.
est arrivé pour cette opération me rappelle ce

qui est arrivé à d'autres méthodes opératoires bien françaises aussi, à leur origine, mais dédaignées à leur début et qui nous sont revenues de l'étranger, avec le prestige d'un certain cachet exotique : le raccourcissement des ligaments ronds, par exemple, *l'opération d'Alquier*, qui est devenue l'opération *d'Alexander-Adam*.

Deux Américains se disputent entre eux la primeur d'une opération dont nous devons faire remonter tout le mérite à un Français, un de mes anciens maîtres de la Faculté de Montpellier, le professeur Alquier.

L'opération de *Létievant* est devenue l'opération d'*Estlander* et ainsi de suite. Sans être trop chauvin, il est bon de ne pas laisser empiéter sur nos droits par l'étranger, qui n'est que trop porté, du reste, à se laisser aller dans cette voie, où ne l'arrête pas sa délicatesse.

Nous sommes trop portés, pour faire preuve d'érudition, à citer les auteurs étrangers et à oublier par *modestie* et quelquefois par *jalousie*, il ne faut pas craindre de le dire, nos compatriotes, nos collègues eux-mêmes.

La petite étude que je viens d'ébaucher est loin d'être complète, mais mon but sera atteint, si j'ai appelé votre attention sur une région un peu délaissée du larynx, peut-être, parce qu'elle n'est pas entièrement visible au laryngoscope; si je vous ai montré les ressources que l'on peut tirer des injections à l'alliage d'Arcet, pour apprécier les différentes formes de cette région, dans les différentes positions des cordes vocales inférieures; enfin, si je vous ai montré au point de vue anatomique, physiologique, pathologique et chirurgical, l'utilité de mes recherches.

Nul doute qu'il n'y ait encore à faire soit pour d'autres, soit pour moi-même, en approfondissant ce sujet. J'ai cru, cependant, bien que mes études sur cette région du larynx soient encore bien incomplètes, qu'il pouvait être intéressant de soumettre mes recherches à votre discussion et à vos avis éclairés.

Le Dr Benham, de Pittsburg, estime que l'érysipèle du larynx est plus fréquent qu'on ne le croit. Il n'en a jamais vu de primitif. Les scarifications soulagent le malade.

Le président (Dr Daly) pense que les sinapismes peuvent être utiles au début. Il croit que le tubage peut favoriser la gangrène.

Le Dr Semeleder, de Mexico, a envoyé un article dont il est donné lecture et intitulé : **Vingt ans de pratique laryngologique à Mexico.**

Il traite de la difficulté de se procurer à Mexico les livres et les instruments au début de sa carrière, alors que la laryngologie était inconnue. Il donne une liste des maladies dominantes et des opérations qu'il a eu l'occasion de faire.

État actuel de la galvano-caustie dans le traitement des affections des voies aériennes supérieures avec présentation d'instrument et description de différents cas.

Tel est le titre de la communication du Dr Eaton, de Portland. C'est une apologie du galvano-cautère. Il ne détermine pas de douleurs si l'on a soin de faire des applications de cocaïne. On n'a jamais d'hémorrhagies; on peut enlever de petites exostoses et des masses cartilagineuses, à moins qu'elles ne soient trop volumineuses.

Les hypertrophies doivent se traiter par la ponction et l'incision au cautère, qu'il fait pénétrer en tous sens dans l'intérieur du tissu, ne pratiquant toutefois qu'une ouverture externe.

Il se sert aussi de rigoléine, d'après la méthode de Jarvis.

Le Dr Thomas, qui partage l'opinion du Dr Eaton au sujet du galvano-cautère, préfère l'anse froide pour les hypertrophies.

Jeudi 8 septembre. — Quatrième journée.

Le Dr Casselberry, de Chicago, lit un travail sur **les polypes fibreux des fosses nasales.**

Il comprend sous cette dénomination toutes les tumeurs des

fosses nasales purement fibreuses ou dans lesquelles le tissu fibreux prédomine; il en exclut les polypes fibro-muqueux et les fibro-sarcômes. Les polypes fibreux, primitivement développés dans les fosses nasales sont rares; sur 265 cas de tumeurs nasales rapportés par Hopman et Schmiegelow, il n'en est pas mentionné, et Mackenzie n'en a observé qu'un seul exemple dans sa pratique.

Les fibromes peuvent naître de tous les points des fosses nasales, cornets, cloison, plancher, mais leur siège de prédilection est la voûte du nez, en particulier à la partie postérieure. Une irritation locale, un traumatisme ou la rhinite chronique hypertrophique peuvent aider à leur développement. Le sexe et l'âge sont sans influence. La durée est d'environ deux ans. Les premiers symptômes de nature catarrhale sont suivis d'obstruction et de distension des cavités nasales. La tumeur en se développant peut amener cette déformation particulière qui donne à la face l'aspect d'une face de grenouille. Le microscope et le seul moyen de diagnostic certain.

Les polypes fibreux des fosses nasales ont une tendance à dégénérer en sarcôme et à récidiver après l'ablation. L'extirpation complète et la destruction du point d'insertion par des cautérisations répétées de l'os, permettent seules de porter un diagnostic favorable. L'auteur donne l'histoire détaillée du cas observé par lui, et un tableau des cas publiés jusqu'à ce jour avec le nom de l'opérateur, la date, l'âge, etc., le traitement et les résultats obtenus.

Son malade à lui a été opéré au couteau et au serre-nœud galvanique. Il s'est servi de fil à piano qui lui paraît préférable au fil de platine. Il a fait usage avec succès, pour prévenir la douleur, d'une solution de cocaïne à 20 0/0.

Le Dr JOHN O. ROÉ, de Rochester, lit une note sur **la Chorée du larynx.**

Elle s'accompagne ordinairement de chorée générale. L'auteur en rapporte une observation :

Mlle S..., âgée de dix-sept ans, délicate et nerveuse, vit se

développer chez elle, à la suite d'une angine, une toux spasmodique particulière et incoercible.

La toux était rauque, et se produisait par accès espacés de une à trois minutes et pendant lesquels elle toussait rapidement dix à quinze fois. La toux était aboyante et était un sujet d'amusement pour les voisins qui l'avaient surnommée la fille qui aboie, « *barking girl* ». La toux cessait pendant le sommeil. L'électricité ne produisit aucun résultat. Les injections hypodermiques de morphine et d'atropine soulagèrent momentanément la malade. La toux cessa subitement après sept mois.

Un autre cas est celui d'une forte fillette de treize ans. La toux se produisit dans les mêmes conditions que dans le cas précédent, mais dans les intervalles des accès qui duraient une ou deux minutes il n'existait pas d'état nerveux chez la malade.

L'auteur rapporte encore l'histoire d'une jeune femme de seize ans, de santé délicate, chez laquelle la toux aboyante se continuait pendant les repas et pendant le sommeil sans cependant l'éveiller. Les pulvérisations de cocaïne aggravèrent son état. Le larynx était légèrement congestionné. Avant les accès il existait des secousses particulières des cordes vocales qui se rapprochaient subitement pour s'écarter ensuite. Un traitement général doit accompagner les applications locales. On donnera de l'arsenic, du valérianate de zinc, le fer, le valérianate d'atropine, l'acide hydrocyanique, la morphine, etc.

Le D[r] THORNE, de Cincinnati, mentionne plusieurs cas de chorée laryngienne survenue pendant la grossesse, vers le second ou troisième mois, et qui cessèrent après la délivrance. Dans un cas il se produisit un spasme de la glotte si alarmant qu'il fut sur le point de pratiquer la trachéotomie.

Le D[r] LENNOX-BROWNE, de Londres, a vu un cas de chorée du larynx pendant la grossesse et qui disparut après l'accouchement.

Dans un travail sur **les Effets pernicieux du tabac**

sur le nez et la gorge, le Dr Coomer, de Louisville, considère que fumer est plus mauvais encore que chiquer. La cigarette est, selon lui, particulièrement nuisible parce que ceux qui la fument ont l'habitude d'avaler la fumée qui détermine des pharyngites, des laryngites et une irritation chronique des fosses nasales, sans parler des désordres qui peuvent survenir dans la trachée et les poumons.

Le Dr Max J. Stern, de Philadelphie, lit un article intitulé : **Tubage ou trachéotomie** et fait l'historique de la trachéotomie. Quelques-unes des plus récentes statistiques montrent que l'on obtient jusqu'à 30 0/0 de guérisons.

Aux États-Unis les résultats ne sont pas aussi encourageants; cela tient probablement à la difficulté que l'on a à décider les parents à consentir à une opération dès le début.

L'auteur fait aussi l'histoire du tubage du larynx fait avec les tubes perfectionnés de O'Dwyer. Il cite des statistiques qui montrent que les guérisons obtenues sont 26 2/5 0/0 pour le tubage, et pour la trachéotomie également 26 2/5 0/0.

Des statistiques qui suivent il paraît résulter qu'au-dessous de cinq ans le tubage est préférable.

AGE	TUBAGE pour cent.	TRACHÉOTOMIE pour cent.
Moins de 2 ans	15	3
Entre 2 et 2 1/2	24	12
— 2 1/2 et 3 1/2	28 7/10	17
— 3 1/2 et 4 1/2	33 7/10	30
— 4 1/2 et 5 1/2	28 3/10	35
Au-dessus de 5 1/2	37 3/10	39 1/2

Quelques-uns des avantages du tubage c'est que les parents l'acceptent plus facilement; pour le pratiquer on n'a pas besoin d'aides.

La trachéotomie est très difficile chez les enfants très jeunes. Si l'enfant a moins de trois ans et demi, on doit faire le tubage, de trois ans et demi à cinq ans, on peut indifféremment pratiquer l'un ou l'autre; au-dessus de cinq ans on doit faire la trachéotomie. En terminant, l'auteur est heureux de

payer un tribut d'éloges à la persévérance et à l'énergie du Dr O'Dwyer.

Jeudi 9 septembre. — Cinquième jour. — Séance du matin.

En l'absence de leurs auteurs, on lit simplement le titre de plusieurs communications. Le seul travail soumis à la discussion est du Dr Carmalt Jones de Londres, sur l'**Action de l'épiglotte dans la déglutition.**

On admettait autrefois et la plupart admettent encore aujourd'hui que l'épiglotte joue un rôle d'un opercule attaché à la base de la langue et qui par un simple mouvement de haut en bas recouvre le larynx et dirige les aliments vers l'œsophage. L'auteur ne croit pas que son rôle soit aussi simple que cela.

Il paraît résulter de ses expériences que sous l'influence d'une irritation l'épiglotte se replie sur les côtés, de manière à saisir la partie supérieure du larynx. Quand cette contraction se produit, on doit attendre qu'elle ait cessé pour introduire un pinceau dans le larynx, sinon il est repoussé vers l'œsophage. Il pense que le mouvement en arrière de la langue dans la déglutition est en grande partie théorique. On peut très bien avaler avec la langue serrée entre les dents ou solidement tenue entre les doigts. Ce sont surtout les muscles pharyngiens qui agissent pendant la déglutition. Le larynx se porte vers la base de la langue et les muscles constricteurs servent à son occlusion. L'épiglotte se moule sur la partie supérieure du larynx au lieu d'agir comme un simple opercule.

Le Dr O'Dwyer, de New-York, en essayant de soulever l'épiglotte pour l'introduction du tube l'a trouvée souvent si solidement repliée sur le larynx qu'il lui fallait déployer une certaine force pour passer le doigt au-dessous de son bord postérieur.

Le Dr William Porter croit que l'épiglotte est un organe accessoire dans la déglutition.

Le Dr Slover Allen, de New-York, présente à la section

un nouveau serre-nœud et écraseur. Il montre les avantages de son instrument.

Séance du soir.

Le Dr C.-M. Desvernine-Havan, de Cuba, lit une très intéressante communication sur **la Tension longitudinale des cordes vocales, sa physiologie et ses lésions.**

Ce travail est le résultat d'une longue série d'expériences et de dissections, montrant l'action séparée de chaque muscle et celle de chaque groupe musculaire. Les expériences ont été faites à la fois sur le cadavre et sur le vivant.

Traitement de sténose chronique du larynx et de la trachée.

Le Dr J. O'Dwyer, de New-York, donne un court exposé de ses plus récentes expériences et passe en revue les différents tubes dont il a fait usage en montrant les améliorations graduelles qu'il a apportées. Il montre des larynx d'enfant à différents âges. Deux spécimens montrent un larynx sain et un larynx diphtéritique et l'on peut voir par des sections faites en différents points que la diminution du calibre est produite non seulement par la fausse membrane, mais encore par un gonflement sous-muqueux considérable.

On lui a objecté que le calibre des tubes pour les enfants était trop petit ; il lui est facile de démontrer que relativement à la trachée ses tubes pour enfants sont plus volumineux que ceux des adultes. Il présente une collection complète de tubes et indique comment on doit les mettre en place et les enlever.

L'auteur rapporte une série de cas de sténose sous-glottique, dans lesquels il a obtenu des succès alors qu'on n'avait rien fait avec la trachéotomie. Dans un premier cas, il fut, au début, obligé de se servir du plus petit tube pour enfant. Il augmenta graduellement et, en dix-huit jours, il avait un espace suffisant pour permettre au malade de respirer librement.

Il a traité un cas dans lequel des ulcérations syphilitiques avaient produit de l'adhérence des cordes vocales et l'occlu-

sion complète de la glotte. La trachéotomie avait été faite. O'Dwyer força le passage avec des pinces et le doigt et se servit ensuite du tube. Finalement il fut obligé d'enlever une portion des cordes. Ce malade guérit.

Les D[rs] BROWNE, PORTER, STOCKTON, prennent part à la discussion qui suit cette communication.

Nous rattachons, pour les lecteurs de la *Revue*, l'extrait suivant qui est le compte rendu des travaux concernant le larynx, lu à la section des maladies des enfants, du mardi 6 septembre.

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS

Mardi 6 septembre.

Le D[r] William P. NORTHRUP, de New-York, lit un article intitulé : **L'Anatomie pathologique de la diphtérie laryngée dans ses rapports avec l'intubation.**

On ne trouve, chez les enfants morts de trois à sept jours après l'introduction du tube d'O'Dwyer, qu'une érosion superficielle de l'épithélium.

Lorsque la maladie est accompagnée de complications graves, l'extrémité inférieure du tube produit une ulcération assez profonde sur la paroi antérieure de la trachée. Dans les cent seize autopsies qu'il a pratiquées, il n'a jamais trouvé ni lait, ni substance étrangère dans les bronches.

Le tubage du larynx dans le rétrécissement et dans l'asphyxie du croup, par le D[r] E. BOUCHUT, de Paris.

En 1858, l'auteur avait déjà fait le tubage du larynx chez plusieurs enfants. Il avait obtenu trois guérisons sur dix cas. Puis il donne l'observation détaillée d'un enfant de dix-huit mois, dans le larynx duquel il introduisit une canule en argent et qui guérit en fort peu de temps.

Le D[r] J. O'DWYER, de New-York, fait une communication sur **l'Intubation du larynx.**

Il commença ses expériences en 1880, au New-York Foundling Asylum.

La trachéotomie n'y avait pas donné un seul résultat heureux depuis quelque temps. Beaucoup de médecins hésitaient à pratiquer une opération dangereuse et difficile; le vulgaire ne peut comprendre que pour soulager un enfant il faille lui couper la gorge.

Le Dr O'Dwyer se servit d'abord d'un cathéter prostatique qu'il introduisait par le nez, mais il dut abandonner ce procédé, car le patient enlevait lui-même l'instrument. Il fit alors construire un tube court, qu'il a modifié plusieurs fois avant d'arriver à un appareil satisfaisant, dont il se sert aujourd'hui.

La partie du tube située au-dessus de l'orifice supérieur s'élargit graduellement ; la pression des cordes vocales sur ces parois inclinées et le poids du tube lui-même empêchent son expulsion lors d'un accès de toux. Le tube n'est pas construit assez large pour qu'il soit serré par le larynx, afin qu'il puisse être expulsé s'il se formait des masses de pseudo-membranes trop considérables pour passer par son ouverture. C'est là la raison pour laquelle le tube ne reste pas toujours en place, même lorsqu'il n'existe pas de fausses membranes.

L'intubation est en apparence une opération simple; mais elle ne l'est, en vérité, pas. Le médecin habile la pratiquera facilement dans un cas ordinaire, mais il rencontrera beaucoup de difficulté dans un mauvais cas.

L'intubation ne deviendra jamais un agent de guérison satisfaisant, car elle ne saurait influer sur les complications qui rendent le croup menbraneux si fatal.

Dans la comparaison entre la trachéotomie et l'intubation, il ne s'agit pas de déterminer si l'une des opérations donnera plus de succès que l'autre ; la question est celle-ci : Laquelle sera pratiquée le plus souvent? A laquelle les parents se soumettront-ils le plus facilement?

Le Dr F. E. Waxham, de Chicago, lit un mémoire sur **l'Intubation du larynx, ses avantages et ses désavantages. Statistiques de l'opération.**

Elle n'est pas facile à pratiquer, le tube est difficile à reti-

rer ; il entrave souvent la déglutition. D'un autre côté, on peut la faire instantanément, sans douleur, sans hémorrhagie, sans choc ; le tube n'a pas besoin d'être nettoyé, le traitement consécutif est très simple.

L'intubation a été faite mille fois depuis deux ans : elle a sauvé, d'une mort certaine, deux cent soixante-neuf personnes.

Le Dr Charles G. JENNINGS, de Détroit, préfère la trachéotomie ; d'abord il y a obtenu de meilleurs résultats, puis il redoute les difficultés dans l'alimentation que suscite l'introduction du tube dans le larynx.

Les Drs T. J. PITNER et NORTHRUP prennent part à la discussion.

SECTION D'OTOLOGIE

Président : le Dr S. J. JONES, de Chicago.
Secrétaire : le Dr S. O. RICHEY, de Washington.

Lundi 5 septembre. — Première journée. — Séance de l'après-midi.

Le président fait l'historique des progrès de l'otologie dans les vingt-cinq dernières années, et indique ses rapports avec la médecine générale.

Le Dr S. S. BISHOP, de Chicago, fait une communication intitulée : **Rapport sur 5,700 cas de maladies de l'oreille, classées d'après l'âge, le sexe, la profession et la nature de la maladie; études des diverses causes.**

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le jeune âge est une cause prédisposante; plus d'un quart des malades avaient moins de quinze ans;

2° Le sexe n'a pas d'importance dans la production des maladies de l'oreille;

3° Environ 80 0/0 des malades étaient atteints de maladies chroniques; 90 0/0 présentaient des affections de la caisse.

4° Les causes du catarrhe naso-pharyngien sont les causes prochaines des affections de l'oreille.

5° Les tempéraments nerveux sont particulièrement prédisposés.

Le Dr B. Loewenberg, de Paris, lit une note sur **le Traitement et la bactériologie de l'otite furonculeuse.**

En 1880 et 1881 j'ai publié le résultat de mes recherches sur la nature des furoncles de l'oreille. La théorie et la pratique m'ont, à la fois, amené aux conclusions suivantes :

1° Les furoncles sont une affection des conduits des follicules cutanés;

2° L'éclosion successive de furoncles chez le même individu est le résultat d'une auto-infection, par le transport du micrococcus sur la peau.

3° L'infection d'une personne par une autre est possible et se fait par la même voie que dans le cas précédent.

Ces points fondamentaux m'ont amené à adopter une méthode de traitement pour les furoncles de l'oreille et la furonculose en général. C'est cette méthode que je vais exposer maintenant pour ce qui concerne les furoncles de l'oreille externe, et les résultats qu'elle m'a donnés.

Le mode de traitement est le même que celui que j'ai proposé déjà pour l'otorrhée : à savoir une solution sur-saturée composée d'une partie d'acide borique très finement pulvérisé pour cinq parties d'alcool très fort, même d'alcool absolu. J'emploie cette solution en instillations répétées trois ou quatre fois par jour.

Aussi longtemps que le furoncle n'est pas ouvert, une solution alcoolique saturée d'acide borique est suffisante; mais, quand le furoncle est ouvert et que le pus s'écoule, je préfère une solution sur-saturée qui laisse toujours se déposer une certaine quantité de poudre d'acide borique qui se dissout dans le pus et exerce ainsi, d'une façon continue, son action antiseptique.

L'alcool, en dehors de son action efficace contre les micro-organismes, est, en outre, destiné à faciliter la pénétration

du mélange dans les conduits des follicules qui sont le siège du mal. La couche graisseuse entoure ces tubes capillaires, et d'après les lois physico-chimiques s'oppose à l'entrée des liquides aqueux, tandis que l'alcool, à raison de son affinité pour les corps gras, les pénètre facilement.

L'incision des furoncles facilite parfois cette méthode de traitement; mais il est souvent très difficile de la pratiquer assez exactement pour diviser le conduit du follicule, et c'est là, d'après moi, ce que l'on doit chercher à obtenir.

La cocaïne même appliquée sur l'épiderme procure souvent un soulagement passager.

Résultats : La solution d'acide borique, fortement alcoolique, appliquée au début, arrête souvent le développement des furoncles; même dans les cas où elle ne réussit pas à les faire avorter, la persévérance dans l'emploi de la solution sur-saturée empêche les poussées successives des furoncles dues à l'auto-contagion. Ces résultats me paraissent très importants, parce que les furoncles de l'oreille sont très douloureux; en second lieu, d'après mon expérience, les furoncles, lorsqu'ils se succèdent, tendent à se former toujours de plus en plus près de la membrane du tympan et, par conséquent, deviennent de plus en plus douloureux.

Bien des femmes souffrent souvent pendant des années de furoncles de l'oreille à chaque période menstruelle. Ma théorie explique leur formation dans ce cas; mon traitement les fait avorter, ou au moins, en prévient le retour. Bien plus, on peut souvent en prévenir la formation, à l'aide de ce traitement employé comme prophylactique avant l'apparition des règles.

Dans ses recherches bactériologiques sur la furonculose de l'oreille, l'autour a rencontré le plus souvent le staphylococcus albus, il n'a manqué que dans un cas; on trouve, en outre, le staphylococcus aureus, et parfois, le staphylococcus citreus. Les résultats diffèrent de ceux obtenus par le D[r] Kirchner de Wurtzbourg qui a rencontré seulement le staphylococcus albus.

Le Dr L. Turnbull, de Philadelphie, lit ensuite un travail sur **la Cause et le traitement des furoncles de l'oreille.**

Ces deux communications sont ensuite largement discutées par les membres du Congrès.

Mardi 6 septembre. — Deuxième journée. — Séance de l'après-midi.

Le Dr T. E. Murrel, de Little Rock, lit un travail sur **les Particularités dans la structure et les maladies de l'oreille chez le nègre.**

Chez le nègre de race pure (Africain), les affections de l'oreille sont beaucoup plus rares que chez le blanc. Cette immunité tient à des particularités anatomiques de son oreille, particularités que l'auteur décrit dans son travail : « Le pavillon est petit, le conduit auditif externe large, tout à fait droit. La membrane du tympan est large dans tous ses diamètres et forme avec l'axe du conduit, un angle moins oblique que dans la race blanche. L'apophyse mastoïde est très peu développée et à peine visible. Le pharynx est spacieux, il existe un espace considérable entre les piliers. Les fosses nasales également sont spacieuses et les choanes très développés. La déviation de la cloison et l'obstruction nasale qui en résultent sont peu fréquentes. Les bouchons de cerumen sont moins fréquents que dans la race blanche. L'otite parasitaire est rare. L'otite moyenne aiguë, assez fréquente chez les enfants, l'est cependant moins chez les blancs.

La rhinite purulente est commune chez les enfants strumeux ; elle détermine souvent de la suppuration de l'oreille qui guérit très bien, et ne laisse après elle qu'un affaiblissement peu notable de l'audition. L'otorrhée est peu fréquente, l'inflammation de l'apophyse mastoïde extrêmement rare. L'otite moyenne catarrhale chronique est également très rare. Les sourds-muets dans la race nègre sont très peu nombreux.

Cette communication est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. les Drs Hobby, Robert Tilley, Turnbull, S. O. Richey, et dans laquelle les opinions les plus contradictoires sont émises.

Le Dr JOHN F. FULTON, de Saint-Paul, lit un mémoire sur **l'Inflammation primitive de l'apophyse mastoïde et de l'antre.**

Bien que le plus souvent l'inflammation de l'apophyse mastoïde et de l'antre ne survienne que par propagation de l'inflammation du conduit ou de la caisse, il est cependant des cas dans lesquels le contraire se produit. L'auteur décrit des signes principaux qui pourront permettre d'arriver à un diagnostic, qui, d'ailleurs, est toujours dans les cas de ce genre fort difficile à faire.

Le Dr George FROTHINGHAM, lit un article intitulé : **Indications pour l'ouverture artificielle de l'apophyse mastoïde et des meilleures méthodes pour amener l'occlusion de cette apophyse.**

Cette communication et celle qui précède font l'objet d'une longue discussion.

Le Dr ROBERT TILLEY, de Chicago, lit une note intitulée : **La syphilis héréditaire considérée comme facteur dans la production des suppurations de l'oreille moyenne.**

L'auteur passe en revue les travaux déjà publiés sur ce sujet et parle de l'influence bien connue de la syphilis héréditaire et de ses rapports avec l'oreille moyenne et la membrane du tympan.

Le Dr C. M. HOBBY, lit un travail sur **la Fièvre cérébro-spinale considérée comme cause de surdité.**

C'est une cause fréquente de surdité, et par conséquent de surdi-mutité ; dans les cas de ce genre, c'est probablement le labyrinthe qui est atteint. Les malades sont quelquefois frappés à la fois dans cette maladie de cécité et de surdité.

COMPTE RENDU

DE

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GRANDE-BRETAGNE

SECTIONS D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Par le Dr J. Charazac (1).

1° SECTION D'OTOLOGIE

Le Dr Thomas Barr, de Glascow, fait une communication sur les **Bourdonnements d'oreille** (*On tinnitus aurium*).

L'auteur se propose, par cette communication, de passer en revue les meilleures méthodes de traitement à employer pour combattre les bourdonnements d'oreille et invite ses collègues à exposer leur manière de voir sur ce sujet. Il s'occupe tout d'abord du traitement *électrique*. Les avis sont très différents sur la valeur de ce mode de traitement. La façon dont les électrodes sont appliqués n'est pas indifférente. La meilleure méthode, d'après l'auteur, consiste à placer un des pôles de la pile terminé par une petite éponge, dans le conduit auditif ou même sur le tympan, tandis que l'autre est mis en contact avec l'orifice pharyngé de la trompe d'Eustache.

Le traitement des bourdonnements par les diapasons placés en vibration sur le crâne, suivant la méthode du professeur Lucæ, de Berlin, non seulement diminue, dans certains cas, les bourdonnements, mais encore améliore l'audition.

On a beaucoup vanté l'acide hydrobromique. Il n'a donné aucun bon résultat à l'auteur. Le bromure de potassium est préférable et il n'est pas rare de voir les bourdonnements diminuer à la suite de son administration.

La pilocarpine en injections hypodermiques donne des succès dans certains cas, mais il en est beaucoup d'autres dans lesquels elle ne produit pas la moindre amélioration. Elle est indiquée, suivant l'auteur, dans les cas d'hémorrhagies limitées et récentes du labyrinthe.

La quinine à haute dose améliore souvent les bourdonnements, mais de soigneuses observations cliniques sont encore

(1) D'après le *British Medical Journal*, 27 août 1887.

nécessaires pour permettre de préciser les cas dans lesquels l'emploi de ce remède est indiqué.

Le Dr LENNOX BROWNE dit que la seule base scientifique sur laquelle on puisse établir le traitement des bourdonnements repose sur le diagnostic différentiel de leur siège et de leur cause. En se plaçant à ce point de vue, on s'explique très bien les échecs aussi bien que les succès des diverses méthodes décrites ci-dessus. Les courants faradiques, par exemple, sont utiles dans une certaine catégorie de cas, spasme ou parésie des muscles tubaires ou tympaniques, et les courants continus dans les bourdonnements qui dépendent d'un affaiblissement des vaso-moteurs. On a d'ailleurs beaucoup exagéré l'action de l'électricité. On peut en dire autant de l'acide hydrobromique introduit dans la thérapeutique par le Dr Woakes, pour les cas de bourdonnements pulsatiles, et qui ne rend aucun service dans les autres cas.

Le Dr Lennox-Browne fait ensuite observer que souvent les malades ne se plaignent que des bourdonnements et que l'affaiblissement de l'ouïe ne les accompagne pas nécessairement ; il rapporte les importantes expériences de Dundas Grant à l'aide desquelles on peut faire le diagnostic du siège des bourdonnements. Elles consistent à comprimer alternativement les carotides et les artères vertébrales. Si le bruit des bourdonnements diminue à la suite de la compression des carotides, c'est l'oreille moyenne qui est lésée ; si au contraire les bourdonnements sont d'origine labyrinthique, la pression sur les artères vertébrales les diminue ou les fait disparaître.

Le Dr WARD COUSINS dit que le traitement des bourdonnements qui résultent d'une affection de l'oreille moyenne consiste à rétablir un libre passage entre le pharynx et la caisse, de manière à rétablir l'équilibre de pression sur les deux faces de la membrane tympanique. La douche d'air depuis longtemps est considérée comme une excellente méthode de traitement; elle est surtout utile dans les débuts des affections de l'oreille moyenne. Mais dans les cas chroniques

accompagnés de bourdonnements très tenaces, elle produit parfois une aggravation dans l'état du malade.

Le Dr Cousins, dans les cas de ce genre, depuis plus de deux ans fait usage avec beaucoup de succès d'une méthode qui consiste en une injection d'air suivie de son évacuation immédiate. Il présente l'appareil dont il fait usage et pratique l'opération devant les membres du Congrès.

Pour appliquer avec succès cette méthode, il faut que l'orifice antérieur des narines soit hermétiquement bouché.

Le Dr. Ch. Warden lit une note ayant pour titre : **Surdi-mutité et mariages consanguins** *(Deaf-mutism and consanguineous marriages.)*.

Dans ce travail l'auteur passe en revue les diverses causes de la surdi-mutité et s'attache principalement à démontrer l'influence de la consanguinité et de l'hérédité. Bien que les statistiques soient trop limitées et trop incomplètes pour permettre de formuler des conclusions positives, il est cependant probable que :

1° Si deux sourds-muets ayant des membres de leurs familles atteints de cette infirmité se marient entre eux, leurs enfants seront sourds-muets;

2° Deux sourds-muets congénitaux se mariant ensemble, soutout s'il en existe dans leur famille, auront leurs enfants sourds-muets ;

3° Les mariages entre sourds-muets, si la surdi-mutité est acquise et s'il n'y a pas de sourds-muets dans la famille, auront des enfants qui ne seront pas sourds;

4° Dans les mariages entre sourds-muets et individus entendant, si ces derniers n'ont pas de sourds-muets dans la famille, les enfants ne seront pas sourds-muets.

Le Dr Barr dit que d'après son expérience les mariages consanguins ne sont pas une cause fréquente de surdi-mutité. L'hérédité, comme dans toutes les maladies de l'oreille, joue un grand rôle dans la production de la surdi-mutité.

Le Dr E. Woakes s'étonne qu'il n'ait pas été question de la

syphilis comme facteur dans la surdi-mutité. L'influence de cette diathèse est évidente dans bon nombre de cas et elle joue d'après lui, dans la production de cette infirmité, un rôle plus important que l'hérédité elle-même.

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Le Dr Prosser James lit un travail intitulé : **Remarques sur la phtisie laryngée** (*Remarks on laryngeal phtisis*).

Cette note a été préparée par l'auteur comme introduction à la discussion portée à l'ordre du jour de la section.

Il s'occupe de la nature de la phtisie laryngée, de son origine bacillaire, de la possibilité de la guérir, de son traitement, et rappelle à ce sujet les différentes méthodes préconisées par l'auteur.

Le Dr Lennox-Browne admet l'existence de la tuberculose laryngée primitive qui est, dit-il, démontrée par des faits irrécusables. Les principes qui suivent doivent être la base du traitement : 1° On doit placer le malade dans les meilleures conditions pour résister à l'influence nocive du bacille. Les conditions climatériques, l'hygiène, les inhalations servent à remplir ce but; 2° on doit attaquer les bacilles à l'aide des antiseptiques. Il les divise en deux classes : *a*) ceux qui agissent comme antiseptiques généraux ; *b*) ceux dont l'action est purement locale. Dans la première on peut placer le sublimé et les injections rectales. On ne doit user de cette méthode préconisée par Bergeon qu'avec la plus grande réserve. Le remède quelquefois peut être pire que le mal et l'auteur rapporte un cas dans lequel il a bien des raisons de croire que ce traitement a hâté la terminaison fatale. Parmi les antiseptiques locaux, l'auteur préconise le galvano-cautère pour les ulcérations de la langue et des amygdales; l'acide lactique après grattage des ulcérations pour la tuberculose du pharynx, le menthol dans le larynx de préférence à l'iodoforme et à l'iodol. Les insufflations de morphine et autres sédatifs sont purement palliatives. Les pastilles à la cocaïne sont bonnes pour calmer la douleur dans les cas d'ulcération de la langue

et de la gorge, mais cette substance ne vaut ni l'opium ni la belladone pour calmer la toux et les douleurs provenant d'ulcérations plus profondément situées.

Le Dr HUNTER MACKENZIE lit un travail sur **le Traitement de la phtisie laryngée** (*The treatment of laryngeal phtisis*).

En application locale, les médicaments sédatifs ou légèrement astringents sont préférables aux caustiques. La morphine, l'iodoforme, la papayotine (en solution de 1/2 à 5 0/0), la cocaïne, la caféine et le menthol sont ceux auxquels on doit accorder la préférence. L'auteur s'étend assez longuement sur l'emploi de l'acide lactique et sur ses effets bien connus en application sur les tissus malades. Il préconise la trachéotomie, non seulement comme moyen palliatif, mais encore comme moyen curatif dans la tuberculose du larynx. Cette opération, pour l'auteur, aurait l'avantage de mettre le larynx dans un état de repos et à l'abri de toute irritation, et de rendre plus facile l'intervention locale sur les parties malades. On comprend facilement qu'elle ne doit, même d'après l'auteur, être faite que dans les cas où le poumon est peu ou point malade, mais alors le Dr Hunter Mackenzie la conseille alors même qu'il n'y a pas de danger de suffocation.

Le Dr WOAKES, dans la phtisie laryngée, préconise l'emploi de l'hydrogène sulfuré. Il a pratiqué cinq fois la trachéotomie dans la tuberculose du larynx. Sur ces cinq fois, il y a eu trois fois amélioration considérable et arrêt complet dans l'évolution de la maladie; dans les deux autres cas, il ne se produisit aucune modification appréciable.

Le Dr STOCKER doute de l'existence de la tuberculose laryngée primitive. Pour qu'on puisse en être certain alors même que le poumon ne présente pas trace de lésion, il faut que l'autopsie confirme les résultats de l'examen du malade.

Les Drs HOOPER, de Boston, et HAYES, admettent les opinions précédemment exprimées par le Dr Lennox-Browne.

Discussion sur les névroses naso-pharyngiennes.

Le Dr E. Woakes, en quelques mots fait l'historique de la question, et rappelle les travaux de Voltolini, Hack et Hering, qui démontrent l'origine nasale de certains cas d'asthme et même d'épilepsie.

Le Dr Georges Stocker rapporte deux observations d'hay fever, guéri par le galvano-cautère appliqué sur les cornets hypertrophiés.

Le Dr Lennox-Browne rapporte deux cas d'attaques épileptiques, dues à une névrose nasale réflexe et guéries par le traitement local.

Sténose laryngée.

Le Dr Lennox-Browne lit une courte note sur la **sténose laryngée**, et montre un nouveau dilatateur du larynx *qui* présente réunis les avantages du dilatateur tranchant de Whistler et des tubes de Schrötter.

MM. les Drs Lennox-Browne, Holbrook Curtis, de New-York, Curtis et Georges Stocker, présentent ensuite plusieurs **instruments pour les fosses nasales et le larynx**.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique chirurgicale, faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, par le Dr André Boursier (1).

M. Boursier vient de publier sous forme de volume une série de leçons au nombre de quinze, toutes traitées de main de maître, tant au point de vue clinique qu'au point de vue théorique et scientifique. Nous signalerons les cinq premières, particulièrement intéressantes pour les lecteurs de la *Revue*.

Chaque leçon est précédée d'un sommaire qui en constitue une analyse parfaite et qui nous guidera pour donner une idée complète du sujet traité :

La première clinique de M. Boursier a pour titre : *Des*

(1) Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, 1887.

kystes thyro-hyoïdiens. Il étudie les signes physiques et les troubles fonctionnels de ces kystes; fait le diagnostic avec les autres tumeurs : abcès par congestion, masses ganglionnaires; avec les autres kystes de la région : kystes du corps thyroïde, hygroma de la bourse de Béclard. Il continue par la description de la région thyro-hyoïdienne, la nature et l'origine des kystes de Boyer : les kystes de la pyramide de Lalouette, la grenouillette sous-hyoïdienne, l'hygroma thyro-hyoïdien, les kystes d'origine branchiale, la structure du kyste branchial, son liquide, sa résistance aux moyens thérapeutiques, son traitement.

Le sommaire de la deuxième leçon : *Du goître vasculaire*, est : Observation d'une jeune fille de vingt-trois ans ; signes physiques et fonctionnels du goître, diagnostic du goître avec les ganglions, les kystes du cou, diagnostic de forme avec le goître aigu pulsatile, le cancer du corps thyroïde, le goître exophtalmique.

Structure des goîtres : du goître vasculaire anévrysmal ou artériel, variqueux, apoplexie thyroïdienne.

Pronostic. Traitement médical, iode, iodoforme. Traitement chirurgical: injections interstitielles, électrolyse, ligature des artères, extirpation.

La troisième leçon est consacrée à : *la Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne*, avec étude d'une observation particulière où l'opération fut pratiquée pour un rétrécissement syphilitique de l'isthme du gosier. L'auteur passe en revue les formes diverses de rétrécissement et parle du traitement curatif. Il fait ensuite l'historique de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, ainsi que l'anatomie topographique de la région. Enfin il indique le procédé opératoire, les avantages et les inconvénients de l'opération, ses indications et ses contre-indications.

Les *papillomes du voile du palais* font l'objet de la quatrième leçon. Dans le cas particulier, il s'agit d'une tumeur pédiculée du voile du palais, chez un jeune homme de vingt ans, avec troubles vocaux. Ces papillomes ont une période latente et une période de troubles réflexes (toux,

gêne pharyngée, spasmes, suffocations, etc.). Leur histoire, leurs causes, leur forme, leur volume et leur pédicule sont ensuite passés en revue. La leçon se termine par le diagnostic avec les tumeurs pédiculées de la région, avec les tumeurs sessiles; par l'anatomie pathologique et le traitement.

A propos d'*un cas de polype naso-pharyngien*, M. Boursier, dans sa cinquième leçon, après l'examen clinique, établit, un diagnostic différentiel avec les affections nasales; il indique le siège et le nombre des points d'implantation. Poursuivant le diagnostic différentiel, il distingue les polypes naso-pharyngiens des tumeurs malignes, des polypes fibro-angiomateux et des polypes fibro-muqueux.

On trouve encore dans la même leçon signalés le traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens, le choix de la méthode, la chloroformisation, la tête pendante, ses avantages et ses inconvénients, ses indications et ses contre-indications.

Quant aux autres leçons, comme elles ont pour objet des questions de chirurgie générale ne se rattachant en rien à la spécialité, nous les passerons sous silence, faisant remarquer cependant qu'elles forment autant de sujets neufs et originaux qui seront avec avantage consultés par les praticiens.

Les leçons de clinique chirurgicale de M. Boursier forment un beau volume de 300 pages, très bien imprimé sur papier fort et édité avec un soin tout particulier.

M. Natier.

Atlas d'images coloriées de la membrane du tympan (*Atlas von Beleuchtungsbildern des Trommelfells*), par le Dr Kurd Bürkner, professeur et directeur de la polyclinique pour les maladies des oreilles, à l'Université de Göttingen (1).

L'Atlas du professeur A. Politzer, publié il y a plus de vingt ans, étant depuis longtemps épuisé et aucun autre travail de ce genre, si ce n'est celui de J. Hinton, trop vaste et trop coûteux, n'ayant paru depuis, c'est la raison pour laquelle l'auteur s'est décidé à faire à son tour paraître un nouvel atlas.

(1) Iena, Verlag von Gustav Fischer, 1886.

Celui-ci comprend quatorze planches avec 84 figures. Chacune de ces figures, très soigneusement exécutées, représente aussi naturellement que possible les images les plus variées de la membrane du tympan.

Pour donner une idée, nous nous bornerons à dire qu'on voit, d'abord, l'image du tympan avec son aspect normal, une rupture double, des ecchymoses, des pigmentations, etc., en un mot, le plus grand nombre des altérations dont cet organe peut être le siège.

Nous ne saurions entrer dans une énumération plus longue, mais nous croyons bon de recommander à nos lecteurs qui ont l'occasion de pratiquer des examens de la membrane tympanique, ce petit Atlas qui pourra leur être vraiment de quelque utilité. Les planches sont aussi bien dessinées qu'il est possible, étant donnée la difficulté que l'on éprouve à reproduire cette partie de l'organe de l'ouïe.

M. N.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Langue noire (*Die Schwarze Zunge*), par le Dr Ph. Schech, docent in München.

Cette affection, dit l'auteur, très peu connue, est indolente, à début insidieux. Ce n'est que par hasard que le médecin ou le malade lui-même s'en aperçoivent. Parfois existent une sensation de sécheresse et de la mauvaise odeur; le goût, la sensibilité et les mouvements de la langue sont conservés.

Comme symptômes objectifs, on constate une coloration brun foncé, noire ou même bleuâtre, qui peut se rencontrer ou d'un seul côté ou des deux côtés et s'étendre de la base à la pointe. Le plus souvent cependant, la pointe et les bords ont un aspect normal. La langue ressemble, suivant l'expression de Raynaud, à un champ de blé couché par le vent et la pluie.

L'auteur rapporte ici l'observation d'un homme de trente-deux ans, artiste, qui, depuis plusieurs semaines, avait de la

toux et de la raucité de la voix. A l'examen, il remarqua que le dos de la langue, de chaque côté du raphé et d'arrière en avant, était le siège d'une coloration sombre. Il existait là comme des filaments en très grand nombre, couchés et très adhérents.

Pour ce qui est de la nature de cette affection, les opinions les plus diverses ont été émises. Les uns (Hutchinson) n'ont voulu voir là qu'un effet de la simulation qu'on observait souvent chez les hystériques; d'autres (Armaingaud) ont admis qu'ils s'agissait de troubles vaso-moteurs. Enfin pour la plupart, et j'étais moi-même du nombre, c'était à une affection mycosique qu'on avait à faire. Dessois aurait trouvé un champignon (*glossophyton*) auquel il fait jouer un rôle très actif... Shell a vu des corpuscules arrondis ou ovalaires qui le font aussi croire à du mycosis. Après avoir fourni les opinions d'autres auteurs, Schech ayant exposé le résultat de ses recherches microscopiques, conclut en disant : *D'après mon observation, la* LANGUE NOIRE *ne fait pas partie du cadre des maladies mycosiques, il s'agit là simplement d'une forme hypertrophique avec cornification et pigmentation des tissus.*

Au point de vue étiologique, on ne sait à peu près rien de la question. On ne saurait accepter l'action nocive du tabac, — mâché ou fumé, — car le nombre de ceux qui en usent sans contracter l'affection est immense par rapport à ceux qui en sont atteints. On a encore avancé, mais également sans preuves, que la langue noire s'observerait chez des personnes avancées en âge ou bien chez certains individus atteints de carcinome de la langue.

La durée de la maladie est indéterminée, car on l'a vue persister des semaines et des mois et même des années.

Quant au traitement, on pourrait dire qu'il est inutile, vu la bénignité de l'affection. On agirait si les filaments, devenus trop longs, occasionnaient de l'embarras. On pourra prescrire des gargarismes alcalins. On ignore encore si l'affection est sujette à récidive. (*Separatabd. aus der Münch. med. Woch.*, n° 13, 1887.) M. NATIER.

Un cas de double luette (*Ein doppeltes Zæpfchen*),
par le Dr Patrzek.

Un hôtelier vint consulter M. Patrzek à la suite de sensations de strangulation et de vomituritions dont il avait été incommodé toute une nuit durant, et qu'il croyait devoir rattacher à la présence d'un corps étranger.

L'examen de la gorge révéla entre la luette et la paroi gauche du pharynx l'existence d'une production ressemblant à une luette. De la base, partaient deux bifurcations dont la droite insérée sur le bord de la luette mesurait 1 centimètre, et dont la gauche, insérée sur la partie supérieure et postérieure de l'arc palatoglosse, avait une longueur de 3 centim. Ces parties enlevées, on put constater par la forme et à la coupe qu'il s'agissait d'une luette double. (*Deuts. mediz. Zeitg.*, n° 29, 1887, p. 338.) M. N.

De l'inflammation de la luette et de son incision,
par le Dr Guillabert.

Dans des cas divers, M. Guillabert a eu l'occasion de pratiquer l'excision de la luette, notamment chez un de ses collègues atteint d'œdème suffocant secondaire. L'allongement de la luette lui a paru affecter généralement trois formes différentes :

1° Elle rappelle un triangle isocèle très aigu à sommet renflé; 2° elle est rouge, rigide, cylindrique, à sommet obtus pouvant être recourbé en crochet; 3° enfin, elle est piriforme, considérablement hypertrophiée avec œdème presque transparent.

Consécutivement à l'excision de la luette, on a signalé les hémorragies abondantes. M. Guillabert a toujours réussi à les arrêter avec le nitrate d'argent ou le perchlorure de fer ; dans les cas exceptionnels, une petite pince de Mathieu ou de Péan, sera toujours efficace.

Les palatostaphyllins sont simplement engourdis et non paralysés ou atrophiés.

Comme à l'état normal, la luette disparaît complètement pendant qu'elle se contracte , il sera prudent d'en conserver

1 c. ou 1 c. 1/2 pour éviter des troubles de la déglutition. (*Courrier méd.*, n° 22, 28 mai 1887, p. 209.) **M. N.**

Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes,
par M. le Dr Albert Ruault.

Parmi les hypertrophies amygdaliennes, M. Ruault détache du groupe les deux types suivants, pour en faire l'étude :

1° *Hypertrophie dure ou fibreuse.* — Cette hypertrophie, en général consécutive à des amygdalites répétées, procède par étapes successives pour ne s'arrêter guère qu'à l'âge mûr. Chez les enfants au-dessous de treize ou quatorze ans, le pharynx est normal et la maladie localisée aux amygdales. Celles-ci, dures, élastiques, non douloureuses, peuvent se toucher par leur face interne et obliger le malade à respirer la bouche ouverte. Vers seize à dix-huit ans, le pharynx commence à être envahi ; il survient de la gêne et un peu de douleur. Vers trente ou trente-cinq ans, la muqueuse qui recouvre les amygdales et les parties avoisinantes, s'épaissit ; des végétations adénoïdes apparaissent au pharynx, les amygdales s'atrophient. Avec cette forme d'hypertrophie, on pourra parfois rencontrer de la surdité unilatérale qui disparaîtra après cautérisation de l'amygdale. L'hypertrophie dure se rencontre souvent chez des enfants issus de souche arthritique ; sa caractéristique histologique est l'abondance du tissu fibreux.

2° *Hypertrophie molle ou adénoïde.* — Elle porte surtout sur les follicules lymphatiques et se rencontre chez les enfants à tempérament lymphatique. Début lent, insidieux, marche continue. Végétation adénoïde du pharynx, rhinite chronique catarrhale ; hypertrophie de l'amygdale palatine de bas en haut et d'avant en arrière. Cette hypertrophie n'est pas très considérable ; l'amygdale a un aspect grenu, elle est arrondie ou pyriforme ; les piliers sont écartés l'un de l'autre pour faire place à la glande hypertrophiée. Celle-ci est rosée, molle au toucher ; sa friabilité semble l'exposer à l'usure au contact des aliments solides.

Cette forme s'observe le plus communément de quatre à six

ans ; la maladie tend à disparaître vers l'âge de seize à dix-huit ans. Quand aux végétations adénoïdes coexistantes, elles persistent beaucoup plus longtemps.

Comme traitement, l'auteur préconise l'ignipuncture au galvano-cautère. (Communic. à la *Soc. de Méd. de Paris*, séance du 26 fév. 1887. — *Union méd.*, 26 mai 1887, n° 67, p. 813.) M. NATIER.

Traitement des perforations du voile du palais par la cautérisation ignée, par le Dr Eug. MARTEL.

On a pour remédier à ces perforations deux méthodes de traitement : 1° Le traitement palliatif, qui consiste dans l'emploi d'obturateurs;

2° Le traitement curatif comprenant surtout l'uranoplastie et la staphylorraphie. Le traitement par cautérisation ignée n'a jusqu'ici eu d'autre partisan que J. Cloquet. Il consiste à toucher l'angle supérieur et l'angle inférieur de la perforation ou de la division du voile avec un cautère électrique ou autre : les points cautérisés se soudent les uns aux autres et la cautérisation est continuée jusqu'à fermeture complète.

Tel est le procédé recommandé par M. Martel se fondant pour cela sur une observation heureuse de perforation du voile consécutive à la syphilis et guérie de la sorte. (*Revue intern. des Sc. méd.*, 31 mai 1887, p. 199.) M. N.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Un cas de rhinite professionnelle *(arsenicale)*, par le Dr A. CARTAZ, ancien interne des Hôpitaux.

A propos de rhinites professionnelles, M. Cartaz fournit d'abord un aperçu pathogénique sur cette affection, si bien décrite par Hillairet et Delpech.

Il rapporte ensuite l'observation d'un homme de 48 ans, qui, depuis l'âge de 17 ans, travaillait dans les fabriques de produits arsenicaux. A 25 ans, blennorrhagie et chancre dont il ne savait déterminer la nature. Accidents cutanés jusque vers l'âge de 30 ans, et dûs vraisemblement aux poussières arsenicales, car ils cessent de 30 à 38 ans, époque où le

malade interrompt sa profession. Il y a cinq ans environ, cet homme s'étant de nouveau exposé aux poussières arsenicales, et cette fois plus intimement, survinrent des lésions nasales avec suppuration abondante. On constata alors une perforation de la cloison et on crut à de la syphilis, mais le traitement spécifique demeura sans effets. Le malade vint à l'hôpital où, après une nouvelle tentative infructueuse, on cessa le traitement spécifique pour le soumettre à un régime tonique; on prescrivit en même temps des irrigations nasales désinfectantes.

Grâce à ce traitement, les symptômes s'amendent; mais le malade ayant voulu reprendre sa profession, les accidents réapparaissent aussi intenses, ce que voyant, il renonce définitivement à sa profession. La réparation se fait alors dans une large mesure

M. Cartaz se croit suffisamment autorisé, par ce qui précède, à écarter le diagnostic de syphilis au lieu d'affection lupeuse des fosses nasales, pour admettre celui de rhinite professionnelle. (Communication à la *Société clinique de Paris France méd.* n° 56 p. 670, 12 mai 1887). M. N.

Le thymol dans le traitement de la rhinite atrophique (*Thymol in the treatment of atrophic nasal catarrhe*), par le Dr Ralph W. Seiss.

L'auteur recommande les solutions suivantes : « 1° Thymol 0 gr. 13; alcool, 2 grammes; glycérine 2 grammes; eau distillée, 30 grammes.

meilleurs services. Cette forme de rhinite atrophique est invariablement précédée du processus hypertrophique. Il n'existe pas d'odeur dans les cas de ce genre. Sous l'influence du thymol, l'auteur a vu les sécrétions devenir moins épaisses, la muqueuse reprendre sa coloration normale et les cornets augmenter de volume au point de rendre aux fosses nasales leur cavité normale.

Un traitement général tonique et des lavages soigneux des fosses nasales doivent accompagner le traitement.

Dans la forme typique de rhinite atrophique, le malade se plaint presque toujours d'une sensation de sécheresse à la gorge et de l'accumulation de mucosités desséchées, formant des croûtes, surtout à la voûte du pharynx, de perte de l'odorat et d'une odeur désagréable qui peut être plus ou moins accentuée, suivant les cas. La muqueuse des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne est atrophiée au point que dans certains cas, la muqueuse s'applique exactement sur le corps des vertèbres. Dans cette forme de rhinite atrophique, l'auteur fait usage de la solution n° 2 de thymol en pulvérisation après que les fosses nasales ont été scrupuleusement lavées. On doit, quelquefois après les pulvérisations, toucher les érosions de la muqueuse avec une solution de nitrate d'argent (1/6). On fait ensuite des badigeonnages du pharynx avec les solutions n°s 3 et 4.

Dans une troisième forme que l'on voit survenir dans les cas de syphilis négligée ou de tuberculose, le thymol, tout en étant moins efficace, rend cependant des services et améliore beaucoup l'état du malade. (*The Med. News*, 2 avril 1887.)

Dr J. Ch.

Du croup de la muqueuse nasale. Rhinite fibrineuse (*Ueber Croup der Nasenschleimhaut Rhinitis fibronisa*), par le Dr A. Hartmann, de Berlin.

L'auteur n'ayant pas trouvé d'observation de ce genre dans la littérature médicale, croit bon de rapporter les cas de croup de la muqueuse nasale qu'il lui a été fréquemment donné d'observer. Les traités spéciaux se bornent à mentionner simplement la diphtérie du nez, et cela probablement parce que

six et de trois ans) qui présentèrent les mêmes symptômes. Dans ce cas particulier la contagion directe semble être de toute évidence. Même traitement que pour le premier cas : les fausses membranes ont persisté pendant 12 à 14 jours.

A côté de cette rhinite croupale primitive, en existe une autre, celle-ci secondaire et se produisant en général après les opérations sur le nez. L'une et l'autre seront traités de la même façon. Si l'auteur préfère l'iodol à l'odioforme c'est : 1° parce qu'il n'a pas d'odeur; 2° parce qu'il n'irrite presque pas la muqueuse. (*Münch. Med. Wochensch.*, n° 38, 20 sept. 1887.) M. NATIER.

Tuberculose ou lupus de la muqueuse nasale? (*Tuberculose oder Lupus der Nasenschleimhaut?*), par MAX BRESGEN, de Francfort.

La question de savoir s'il existe réellement un lupus de la muqueuse nasale est loin encore d'être résolue; il en est même qui nient complètement l'existence de cette affection, par exemple Schæffer. C'est pourquoi l'auteur rapporte une observation qui lui paraît devoir jeter un certain jour sur ce sujet. Il s'agit d'une dame de trente-huit ans, à laquelle il avait, sept ans auparavant, donné ses soins pour une rhinite chronique. Depuis six mois elle éprouvait de la gêne de la respiration nasale à gauche. De ce côté il existait une tumeur de la grosseur d'une noisette, rouge, rugueuse, saignant facilement; elle était insérée sur la cloison à sa partie antérieure et pouvait venir faire saillie dans la narine droite. En même temps existaient des deux côtés, des granulations de la muqueuse. Immédiatement on songea à des lésions syphilitiques; mais l'iodure de potassium fut administré sans succès. Les granulations touchées à l'acide chromique et au galvano-cautère reparaissent de nouveau et la perforation qui existait à la cloison s'agrandit. Ce fut alors que M. Bresgen, qui avait appris du reste que la malade vivait avec un beau-frère tuberculeux, songea à un lupus.

Six mois plus tard, deux petites taches rosées apparues sur le nez, disparaissaient très vite. Mais elles ne tardaient pas à se montrer sous forme de tubercules groupés par cinq ou

six. Les cautérisations galvaniques restèrent sans succès tout d'abord et de nouvelles poussées se formaient sans cesse; enfin on finit par faire disparaître le mal au moyen du cautère galvanique.

Les points intéressants de cette observation, sont : la formation de tubercules sur la peau du nez apparaissant d'abord treize mois après l'affection de la muqueuse, et ces mêmes tubercules qui plus tard se montrent sur la peau par extension de la lésion muqueuse. Il faut encore noter que la guérison de la peau du nez se fait avec celle de la muqueuse et que les granulations ne sont véritablement détruites qu'alors qu'on fait porter les cautérisations jusque sur la muqueuse saine.

La muqueuse, dit M. Bresgen, était, dans le cas particulier, en état de contracter la tuberculose; et si l'on peut admetre que dans la tuberculose vraie de la pituitaire, il n'existe pas de granulome, il n'est pas moins juste de reconnaître que les granulomes peuvent devenir tuberculeux, témoin le cas de tumeur tuberculeuse du larynx de Schæffer. Quant à la perforation de la cloison elle avait probablement été faite en se grattant avec l'ongle. La présence ou l'absence de bacilles de la tuberculose dans le cas de lupus semble lui importer peu au point de vue du diagnostic. Sa conclusion, c'est qu'on doit en règle générale considérer comme lupus de la face, celui qui procède d'un lupus de la pituitaire. (*Separatabdr. aus der Deutsch. medic. Woch.*, 1887, n° 30.) M. N.

Simple réflexion sur le gonflement de la muqueuse du nez, correspondant au côté sur lequel on se couche *(Kurze Bemerkung über das Auschwellen der Nasenschleimhaut bei Seitenlage)*, par le Dr Max Bresgen, de Fracfort.

Il est de notion générale que la muqueuse du nez correspondant au côté sur lequel on se couche subit un gonflement que tout le monde explique par un afflux plus considérable du sang de ce même côté. Or c'est une opinion contre laquelle s'élève l'auteur, et cela pour des considérations physiologiques qu'il énumère. A son avis, c'est même le contraire qui se produit

souvent. Du reste, ajoute-t-il, on n'observera jamais ce gonflement ni d'un côté, ni de l'autre, tant qu'il n'existera pas de rhinite. En un mot, il croit qu'il s'agit là d'une action nerveuse qu'il ne pourrait expliquer, il est vrai, mais qu'il signale à l'attention de ceux que pourrait intéresser le sujet. (*Separat Abdr. aus der Deutsch. medic. Wochensch.*, 1887)

M. NATIER.

Du myxofibrome des choanes (*Ueber myxofibrome der Choanen*), par le Dr SEIFERT (1).

On a, jusqu'à Hopmann, absolument confondu entre elles les tumeurs bénignes du nez : ce fut cet auteur qui, le premier, en établit une division en types divers. — Dans une première forme, on trouve des faisceaux de tissu conjonctif entrelacés, donnant eux-mêmes naissance à d'autres plus petits. Seifert présente des préparations en contradiction avec les recherches histologiques de Billroth. En effet, on n'y rencontre point de glandes, mais des lacunes remplies d'un serum albumineux, aucune trace de substance calcaire. Ce ne sont point là des kystes, car il leur manque une paroi : une fois, cependant, il a trouvé un kyste, il s'agissait alors d'un kyste par rétention. Il reconnaît aussi qu'il est parfois possible de rencontrer dans le pédicule des polypes, des glandes disséminées de ci de là. — Ces tumeurs ont leur point d'implantation sur les cornets supérieurs ou tout auprès. Ce n'est que très rarement qu'on les trouve implantés sur la cloison ou sur les cornets inférieurs.

Une deuxième forme de tumeurs comprend les *papillomes*. Ceux-ci sont implantés sur les cornets inférieurs, et donnent lieu à un écoulement catarrhal. Ils peuvent être constitués, soit par tumeurs à mailles lâches ou en forme de mûres, avec un large pédicule et des grains œdématiés, soit au contraire par des tumeurs denses et serrées, à grains durs, petits, avec petites papilles à la surface. Ils remplissent la partie inférieure des fosses nasales : jamais, comme Zuckerkandl, l'au-

(1) Druck und Verlag der Stahel'schen Univ. Buch. und Kunsthand. in Wurzburg.

ı'a eu l'occasion d'en constater isolément. Ces papillomes, . l'hypertrophie de la muqueuse nasale, sont formés aux ns des acini glandulaires. Une seule fois, Seifert a trouvé apillome de la cloison. — Les papillomes des cornets .eurs peuvent donner lieu à de la migraine, du vertige, ccès de toux.

troisième forme de tumeurs bénignes est constituée ne simple hypertrophie polypoïde de la muqueuse nasale. les éléments de la muqueuse participent à l'hypertrophie, ci siège sur les cornets inférieurs ou moyens. Les pro- ɔns polypoïdes se distingueront aisément, à l'aide de s fournis par l'auteur, des polypes naso-pharyngiens.

ıuteur termine sa communication en rapportant une vation de fibro-myxome avec preuves à l'appui, chez eune fille de dix-neuf ans. (*Aus den Sitzungsberichten Wurzb. Phys -med. Gesells.*, 1887. V. Sitz, vom bruar 1887.)

M. NATIER.

NOUVELLES

praticiens de l'hôpital pour la gorge « de Golden square » à *Londres*, ıt d'installer des cours où MM. les étudiants pourront apprendre à ıttre et à traiter les maladies de la gorge et du nez. Les cours sont s de manière à permettre aux étudiants de commencer à n'importe quel t.

premiers cours ont lieu depuis le lundi 10 octobre et sont continués *les* di et vendredi de chaque semaine à cinq heures de l'après-midi.

rix est de 52 fr. 50 par mois.

:ours sont faits par MM Wolfenden, Mac-Donald et Bond, médecins de ıl.

NOUVEAU JOURNAL

avons le plaisir d'annoncer la publication d'un nouveau journal, par le Dr Ruault, de Paris, sous le titre : *Archives de Laryngologie Rhinologie, et des maladies des premières voies respiratoires et d ces-*

remier numéro vient de paraître le 15 octobre dernier. La collaboration nes éminents dans la science médicale, tels que MM Bouchard, il, Cornil, Trélat, etc., assure à cette nouvelle feuille spéciale, un complet, auquel nous applaudissons, puisqu'il prouve le développement nt que prend la spécialité dans notre pays.

ordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16

8e Année. N° 12. 1er Décembre 1887.

ÉPIGLOTTITE ŒDÉMATEUSE CIRCONSCRITE PRIMITIVE

(*Angine épiglottique postérieure*) (1).

Par le Dr ALBERT RUAULT
Médecin-adjoint de l'institution nationale des Sourds-Muets, chargé du service de la Clinique laryngologique.

Madame L..., âgée de vingt-six ans, ménagère, vint me consulter à ma clinique, dans le courant du mois de mars 1886, pour une affection de la gorge. Cette personne se plaignait d'une douleur coïncidant avec le deuxième temps de la déglutition, aussi bien lorsqu'elle avalait un aliment solide qu'un liquide ou même sa salive; et d'une sensation de gêne permanente, attribuée par la malade à «une boule qu'elle aurait eue dans le gosier». Cette sensation de corps étranger était assez gênante pour troubler le sommeil, sans toutefois causer de suffocation ni de strangulation. Ces symptômes s'étaient montrés quelques jours auparavant à la suite d'un refroidissement, et étaient devenus beaucoup plus intenses depuis l'avant-veille. La malade ne toussait pas, et l'examen de la poitrine ne faisait rien constater d'anormal; la voix était claire, il n'y avait pas de fièvre, l'appétit était bon et l'état général satisfaisant. Madame L... m'apprit que depuis l'âge de dix ou douze ans, elle avait toujours eu la gorge sensible, et qu'à plusieurs reprises déjà elle avait ressenti des symptômes analogues à ceux dont elle se plaignait actuellement, quoique bien moins accusés, mais elle ne put se rappeler si ces attaques antérieures étaient survenues à la suite de refroidissements. Elles avaient duré de quinze jours à trois semaines ou un peu plus, et avaient toujours abouti à une complète guérison. La santé était généralement bonne, et dans le passé pathologique de cette dame, on ne relevait absolument rien qu'une variole à l'âge de dix ans, et une métrite survenue il y avait deux ans environ et qui n'était pas encore tout à fait guérie. L'examen de la gorge permit de constater que le pharynx présentait quelques varicosités, et des granulations

(1) Communication faite à la Société française d'otologie et de laryngologie, séance du 27 octobre 1887.

es disséminées, en petit nombre. Les parties latérales aroi postérieure du pharynx et les piliers postérieurs entaient rien d'anormal. Les piliers antérieurs étaient tement plus rouges, mais sans tuméfaction. Les amyg-eu développées, n'étaient nullement malades. A l'aide ir laryngien, je pus constater que les parties profon- pharynx étaient également saines, ainsi que la plus partie du larynx, sauf l'épiglotte. En effet, la face onne de celle-ci était occupée en entier par une tu-rondie, hémisphérique, à surface lisse et brillante, de rose pâle, comme translucide, sillonnée de quelques tés. Comme l'épiglotte était procidente pendant la ion et ne se relevait qu'au moment de la phonation, it aisément que sa face antérieure était tout à fait t que la tumeur commençait exactement à la lèvre ure du bord libre. Pendant les efforts de phonation, te se relevait suffisamment pour qu'on pût voir à cer-oments l'angle antérieur des cordes vocales, et cons-e la tumeur allait se confondre avec le tubercule de x, sans dépasser cette région. Cette tumeur semblait nt dépressible sous la sonde, et l'exploration avec le rès facile en raison de la grande tolérance du pharynx bsence totale de reflexes, donnait des renseignements es. Le toucher de la tumeur n'était pas douloureux. sumé, la tumeur offrait, objectivement, l'apparence yste de l'épiglotte exceptionnellement volumineux. itômes, toutefois, ne s'accordaient pas complètement ux qu'on observe d'ordinaire en pareil cas : il n'y is de toux, pas de timbre sombré de la voix ; de plus, damment de la sensation de corps étranger, il y moment de la déglutition des phénomènes doulou-solites ; enfin la marche rapide des accidents m'éton-peu. Néanmois, comme la tumeur elle-même n'était sible, j'attribuai la douleur ressentie en avalant à mation légère dont les piliers antérieurs étaient le t m'arrêtai au diagnostic de kyste du larynx déjà an-i avait vraisemblablement augmenté rapidement de

me depuis quelques jours, sous l'influence d'une angine omitante arrivée maintenant à sa période de déclin. En séquence, je me décidai à proposer immédiatement l'opéon, et je plongeai profondément au point culminant de la neur un couteau laryngien; mais, à mon grand étonnement nme à celui des assistants, elle ne s'affaissa pas, et la plaie laissa échapper que quelques gouttes de sérosité et une ès petite quantité de sang. Sans nul doute il ne s'agissait pas un kyste. La petite opération ayant été très douloureuse, u dire de la malade, je prescrivis un gargarisme morphiné t priai Madame L... de revenir me voir dans quelques jours.

Lorsque je revis la malade, il n'existait aucune trace de la ponction que j'avais pratiquée. L'épiglotte avait absolument le même aspect qu'au moment de mon premier examen ; et la malade se plaignait toujours des mêmes symtômes. J'avais évidemment affaire à une tuméfaction œdémateuse, de nature inflammatoire; à une épiglottite œdémateuse circonscrite primitive, à marche subaiguë. Je pratiquai sur la région malade, après anesthésie par la cocaïne, une demi-douzaine de pointes de feu assez profondes à l'aide du galvano-cautère. Moins de huit jours après, la tuméfaction avait diminué de moitié, et une seconde application de pointes de feu fut pratiquée. La semaine suivante, l'épiglotte paraissait tout à fait normale; la sensation de corps étranger et la douleur à la déglutition avaient disparu. D'ailleurs le traitement galvanocaustique n'avait été suivi d'aucune réaction, et l'amélioration avait été presque immédiate. Le 17 avril, la malade vint me montrer son larynx pour la dernière fois, et je constatai que la guérison s'était maintenue.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs points de vue. L'histoire des œdèmes du larynx nous apprend, en effet, que les laryngites œdémateuses primitives, aiguës ou subaiguës, ne sont pas d'ordinaire limitées à l'épiglotte, et surtout à une des faces de cet opercule. Les exceptions à cette règle doivent être fort rares, bien que Voltolini ait observé, et Michel (de Colo.

rit, sous le nom d'angine épiglottique antérieure, ction œdémateuse de nature inflammatoire qui a face linguale de l'épiglotte. Mais elle ne se cir- pas toujours à cette région, et deux fois sur six constaté en même temps l'immobilité de la peau ur le cartilage thyroïde, et de la sensibilité à la de la région antérieure du cou, comme s'il se fût angine de Ludwig au début. Quant à la mala- je viens de citer une observation, et qu'il faudrait *angine épiglottique postérieure* si l'on en signalait aux cas, je n'en connais pas d'autre exemple, et zac, dans son excellent travail sur l'œdème du e mentionne aucun fait de ce genre. Les épiglot- sécutives à des brûlures produites par des liqui- lants, observées surtout par les auteurs anglais enfants ayant bu au bec de la théière, s'accom- d'œdème, mais généralement l'épiglotte est use en totalité, et cet œdème s'étend toujours is ary-épiglottiques. Il en est de même dans ite phlegmoneuse, maladie rare, dont M. Frédet en 1883 une intéressante observation. Toutefois, laryngoscopique est si rarement pratiqué chez les semblant atteints d'angines inflammatoires qu'on est en droit de se demander si une obser- us attentive ne pourrait pas permettre de cons- temps en temps des faits analogues à celui que le rapporter. Il faudrait alors éviter de commet- ur dans laquelle je suis tombé moi-même, et, aspect de la lésion, ne pas se hâter de conclure nce d'un kyste épiglottique. La marche de la et surtout la *douleur* à la déglutition, consti- les éléments les plus importants du diagnostic el. On devrait également se rappeler que les glottiques sont d'ordinaire de dimensions moin- égent plutôt près du bord libre. Les résultats faisants que j'ai obtenus du traitement galvano- m'engagent à le recommander, en pareil cas, nce à tout autre.

LÉSIONS DE L'APPAREIL AUDITIF ET TROUBLES PSYCHIQUES (1),

Par le Dr M. LANNOIS, agrégé à la Faculté de Lyon.

Je désire vous entretenir un instant d'une série de recherches que j'ai entreprises sur les rapports qui existent entre les maladies de l'appareil auditif et les troubles psychiques, notamment les hallucinations. Malheureusement j'ai été surpris au milieu de mon travail par l'annonce de votre réunion et je ne puis vous apporter de résultats complets et définitifs.

Une évolution s'accomplit depuis quelques années dans le domaine de la pathologie mentale. A côté de ceux qui croient encore que la mémoire et l'imagination jouent le principal rôle, le rôle essentiel, dans les affections psychiques et les vésanies, le nombre augmente tous les jours des auteurs qui attribuent une part prépondérante, dans la genèse des hallucinations et des troubles mentaux, aux altérations organiques les plus diverses. « On doit bien se persuader, disait M. A. Voisin, en 1876, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, que la folie a le plus souvent une origine somatique, » et depuis cette époque de nombreuses observations confirmatives de cette opinion ont été publiées.

Si cette assertion est vraie, comme je le crois pour ma part, et si les folies sensorielles sont aujourd'hui indiscutables, on peut dire *à priori* que les lésions de l'organe de l'ouïe doivent avoir une valeur étiologique de premier ordre, et cela pour les deux raisons suivantes : l'importance du fonctionnement normal de l'audition au point intellectuel de vue et la prépondérance des troubles subjectifs de l'ouïe dans les maladies de l'oreille.

Sans remonter, en effet, jusqu'à Théophraste et à Plutarque qui disaient déjà que l'ouïe est de tous les sens celui qui donne le plus facilement entrée aux passions,

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 octobre 1887.

on peut dire que la plupart des psychologu
sont d'accord sur ce point : c'est l'ouïe qui
les notions de l'ordre le plus élevé, le
traites. L'intelligence reste toujours un p
chez ceux qui n'entendent pas la parole, cl
de sourds-muets par exemple, et c'est en se
point de vue que M. Ball a pu formuler
« L'ouïe est le plus intellectuel de tous les s

Aussi bien l'état mental des sourds a-t-il
temps attiré l'attention des observateurs. Vo
tous ces malades qui se plaignent amère
état mental, de leur incapacité cérébrale,
sance dans laquelle ils se trouvent de fai
effort, le moindre travail de tête, dont l'in
voilée, dont la mémoire se perd, dont le car
et qui finissent par devenir un fardeau pou
rage comme pour eux-mêmes. Tous les o
décrit cet état dont un tableau aussi net qu
trouve dans le livre classique de M. Gellé
voit survenir des accès, soit de lypémanie
soit d'agitation maniaque, surtout chez les en
MM. Bouchut, Ménière, Gellé, etc., en o
comme M. Pierret m'en citait encore ré
exemple.

La simple privation du sens si import
peut-elle suffire pour produire par elle-mêm
libration des facultés intellectuelles et amen
La chose ne paraît pas impossible, mais je c
surtout faire intervenir ici les sensations s
jouent un si grand rôle dans la pathologie a
n'est pas un paradoxe en effet de dire que l
subjectives, et au premier rang les bourdon
leurs modalités si diverses, sont plus im
beaucoup que la surdité elle-même. Il fau
possibilité du vertige de Ménière et parf
crises convulsives plus ou moins complètes
ab aure læsâ.

Si les bruits subjectifs se produisent chez un sujet sain, l'intelligence réforme plus ou moins rapidement l'erreur sensorielle. Ce serait ici le cas de citer tous les exemples de grands hommes ayant eu des hallucinations, comme Socrate conversant avec son démon familier, comme le Tasse, comme Tartini écrivant sa fameuse sonate sous la dictée du diable. En dehors de ces faits classiques, je pourrais rappeler le prof. Urbantschisch entendant plusieurs jours de suite le chant du grillon tandis qu'il était à la campagne et ne s'apercevant de son erreur qu'à son retour à la ville; l'histoire d'une malade de la thèse d'agrégation de mon ami Weill, qui demeurant à côté d'une gare, croyait à chaque instant entendre siffler des trains; ou encore l'erreur du médecin qui, préoccupé d'un de ses clients, croit entendre sa sonnette de nuit et est obligé de l'aller regarder pour s'assurer qu'elle n'a pas tinté, etc. Il y a là quelque chose d'analogue aux faits si intéressants qui ont été décrits sous le nom d'hallucinations hypnagogiques.

On n'est pas nécessairement fou parce qu'on a des hallucinations de l'ouïe, et vous savez combien cette question a soulevé d'ardentes discussions. Qu'il me soit permis de citer ici un fait bien connu et qui vient à l'appui de ma thèse : c'est celui des hallucinations de Luther. Luther qui toute sa vie discuta avec le diable, qui entendait l'esprit malin casser des noix et rouler des tonneaux dans les escaliers, Luther fut toute sa vie tourmenté par des vertiges et des bourdonnements d'oreilles extrêmement pénibles qu'il décrit avec beaucoup d'énergie (bombus, tinitus, sonnitus) et qui le mettaient dans un tel état qu'il leur eût préféré toutes les maladies y compris la gale; il eut à de nombreuses reprises des abcès dans les oreilles et lorsqu'il mourut il y avait longtemps qu'il était presque complètement sourd.

Mais au lieu d'un sujet sain, supposez un individu prédisposé, soit héréditairement, soit par une cause de

tation quelc
llaires vont
ré : notre ma
e étude des 1
oubles psych
jusqu'à ce
quelques obs
mière notion
mier cas d'
l'interventio
ıcination et
urs indiquée
inations (18
: : pour lui,
tions ment
« qui les ava
ons, si bien
nent local d
fabille, Rhys
eusement ce
storique con
quelques pa
et une exce
t, soutenue
moire de M.
d'idées tout
t quelle peu
ır le dévelop
étranger, je r
ee et Catlett;
6, à Halle, re
tives de l'oul
le; et Schlä
Gruber 31 al
esquels 27 fe
ıble psychiq
re du prof. I

C'est à une série de recherches analogues que je me suis livré, à l'asile de Bron, dans le service du prof. Pierret que je suis heureux de remercier ici de ses précieux conseils et de sa bienveillance à mon égard. Le nombre des aliénées que j'ai examinées s'élève à 45, qu'il faut diviser en deux catégories très nettes : 1° les malades manifestement sourdes; 2° les malades qui m'étaient données comme simplement hallucinées.

Le premier groupe comprend 19 malades : sur ce nombre j'en ai trouvé 4 qui étaient sourdes sans hallucinations, et 15 avec hallucinations. La surdité dans ce cas était variable, mais toujours assez forte : comme lésions, à côté des scléroses de la caisse, toujours les plus fréquentes, j'ai trouvé des lésions très dissemblables : une otorrhée chronique, des plaques calcaires, une adhérence du tympan au promontoire, etc. Ces cas viennent seulement confirmer un fait bien connu, à savoir, que les sourds peuvent avoir des hallucinations : depuis longtemps on en cite des exemples dont le plus fameux est celui de Beethoven; on peut y ajouter cet ecclésiastique de Calmeil qui croyait que l'archange Saint Michel venait lui dicter des sermons et des vers et ce musicien de Tröltsch qui entendait toujours la même sonate, son premier succès.

Le deuxième groupe me paraît plus important. Il s'agissait là de malades considérées comme de simples hallucinées ou que j'ai examinées dès leur entrée pour connaître l'état de l'audition chez elles. Il comprend 26 cas; sur ce nombre j'en ai trouvé 14 qui avaient des lésions de l'oreille et 12 chez lesquelles les hallucinations existaient sans trouble de la fonction et de l'appareil de l'ouïe.

Ainsi donc, dans *plus de la moitié des cas* j'ai trouvé des lésions auditives chez les hallucinées; c'est un chiffre auquel, je l'avoue, j'étais loin de m'attendre. Je tiens donc essentiellement à faire remarquer que c'est un chiffre provisoire et que j'ai eu affaire à une catégorie

tion de la montre même au contact; après l'ablation d'un bouchon de cérumen quelques séance de cathétérisme lui rendirent 15 à 20 cent. d'audition (montre), et aujourd'hui elle va mieux, les hallucinations nocturnes paraissent moins fréquentes. Une nommé Gaut..., qui présente du délire de persécution avec excitation maniaque et qui a des hallucinations des deux côtés eut, en 1880, des douleurs d'oreilles très vives avec maux de dents et s'introduisit dans l'oreille gauche une fleur de camomille qui y était encore au moment de mon examen et que je retirai. Depuis cette époque, surdité assez nette, bourdonnements, etc.; or, les premières manifestations psychiques n'ont paru qu'un an après. Une nommée Frar..., atteinte de délire religieux avec des périodes où elle a des impulsions irrésistibles, présente une surdité considérable qui remonte à l'âge de huit ans, époque à laquelle on essaya de lui pratiquer une autoplastie pour fissure de la voûte palatine. Une autre, Delc..., est dans le même cas et, depuis une variole, à l'âge de six ans, a eu de fréquentes otites suppurées. Lev... a eu la fièvre typhoïde à dix-huit ans et depuis cette époque elle est sourde (la lésion semble nerveuse) et mégalomane.

Je pourrais en ajouter d'autres, mais ces exemples me paraissent suffisants et je me réserve d'ailleurs de les publier tous ultérieurement en détail.

Comment établir et expliquer la relation entre les troubles mentaux et la lésion de l'oreille? A vrai dire, la chose est difficile, et la question n'a pas encore été résolue d'une façon satisfaisante : dans certains cas, la lésion de l'appareil auditif a déterminé du côté du cerveau ou de ses enveloppes, des lésions secondaires grossières. En dehors de ces faits, on a invoqué une augmentation de la pression intra-cérébrale (Fürstner), des troubles réflexes ou des actes d'inhibition, etc. Le plus souvent, il ne s'agit là que des vues de l'esprit et, au risque de restreindre la question, je crois pour ma part devoir attribuer un rôle prépondérant aux sensations subjectives

ıt sur un cerveau prédisposé et faussen
ées par lui. Un malade a pendant longte
sieurs de ces bruits qu'on a comparés au
e l'eau bouillante, au mugissement d'un
au bourdonnement d'un essaim d'abeilles c
e appliquée contre l'oreille, au bruit du v
illes, au tintement d'une petite cloche
on d'une grosse cloche, au roulement d'u
it d'un moulin, au chant d'un grillon o
etc., etc.; et, au début, ils les apprécie
valeur. Mais bientôt l'interprétation d
on apparition : les bruits de pas lui
es murmures deviendront des chuchoteme
ıarticulés, des injures ou des menaces. Un
es mots se groupent et forment des phrase
nalade les écoute longtemps sans rien dire
cependant qu'un jour il réponde, et dè
gue est remplacé par le dialogue; et celı
ıi-même à cet état singulier, qui est le s
llucination et qu'on appelle le dédoubleme
nalité. Et cela parce qu'il existe des relati
entre le centre de la perception auditiv
de la parole, entre le centre des images d
centres de l'articulation, entre le centre c
auditifs et des centres plus élevés encore d
que, l'affaiblissement intellectuel aid
facilement la possibilité d'irradiation c
autres.

ouble intellectuel, je le répète encore, es
ns la production du phénomène, et la lé
ne joue que le rôle de cause déterminant
ıtes les lésions irritatives du nerf acousti
donner des hallucinations.

pu récemment observer un cas qui me
nent confirmer cette manière de voir. Il s'
jeune fille de douze ans, habitant un vi
he, grande pour son âge et bien déve

réglée depuis près d'un an, mais irrégulièrement. Elle est absolument sourde et on ne peut correspondre avec elle que par l'écriture. La surdité se serait installée lentement depuis quatre ou cinq ans; elle n'a fait aucune maladie à cette époque, et la mère n'indique, comme maladie de l'enfance, que la rougeole et la variole (?) bénigne. Cette fille répond nettement aux questions qu'on lui écrit et ne paraît présenter aucun trouble intellectuel. Elle entend mon diapason à un ou deux centimètres de l'oreille, et la transmission osseuse n'est pas abolie. Elle a des bourdonnements presque continus, ressemblant à un ronflement ou à un bruit de cascade. *Elle entend des voix*, et cela dans une seule circonstance : elle aime beaucoup la lecture, réfléchit à ce qu'elle a lu, et entend alors une voix qui lui dit nettement ses propres pensées. Étonné de trouver des troubles aussi accusés à un âge aussi peu avancé, j'interrogeai le père et appris qu'il avait été aliéné et enfermé à deux reprises dans un asile; la seconde fois il y avait fait un séjour de neuf mois. N'est-ce pas là la clef du mystère, et n'est-on pas autorisé à porter un pronostic fâcheux pour l'avenir de cette enfant si, comme cela est à craindre, on n'apporte pas remède à l'état si grave de ses deux appareils auditifs?

Je sais bien qu'on me reprochera de faire dans tout ceci une confusion entre les *hallucinations* et les *illusions*, l'hallucination étant la perception d'une sensation sans objet extérieur, tandis que l'illusion est une erreur sur une sensation réellement existante. L'halluciné de l'ouïe entend des sons qui ne se sont pas produits, l'illusionné entend un vrai bruit, mais se trompe sur sa signification. C'est ce que Lasègue, avec son rare bonheur d'expression, a traduit en disant : « L'illusion est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie. L'illusion s'appuie sur la réalité, mais elle la brode. L'hallucination invente de toutes pièces; elle ne dit pas un mot de vrai. » En réalité, lorsqu'on descend dans la pratique, la différenciation est souvent bien difficile : j'applique un

ason sur le front de Lev..., et immédiate
ıet à rire, car le diapason lui a dit qu'elle
à l'heure des «bêtises», et elle entre en
. lui. Jolly prétend avoir déterminé
ucinations chez des aliénés en leur appli
lles les pôles d'une pile. M. Ball, dans s
naladies mentales, a d'ailleurs réfuté ce
et arrivé à cette conclusion qu'« il n'e
rence fondamentale entre les hallucin
ıions »; pour lui la plus grande par
lité des hallucinations, ne sont que
rnes. Je renvoie à son livre pour la dé
ı s'est aussi retranché derrière un fa
chant des distinctions subtiles et arbi
ıallucinations par lésion organique et l
s considérées comme pures. Les hallu
iques, a-t-on dit, sont moins intenses et
uées; ce sont des cris inarticulés, des
ıses plus ou moins incohérentes. Les h
es, au contraire, sont beaucoup plus co
eloppées; elles sont en rapport constant
délire et se développent toujours dan
i-ci. C'est une opinion de ce genre q
ı. Robin. Les faits démontrent que si c
ion est juste dans un grand nombre de c
qu'on considère l'hallucination d'orig
s des individus à cerveau relativement
ıtte à de nombreuses exceptions. Il me su
le cas déjà cité de Régis, dans lequel le
hallucinations limitées au côté où il port
rhée : l'hallucination avait bien ici attei
n, puisqu'on volait au malade ses pen
répéter et qu'il en était arrivé au pl
ho et au dédoublement de la personn
vaincu que plusieurs de mes malades ét
ne cas.
a statistique encore incomplète que j'a

les faits que j'ai signalés ont une grande importance, on le conçoit, au point de vue de la théorie générale des hallucinations. Ils sont en faveur de la théorie de l'hallucination sensorielle et périphérique, mais seulement dans une certaine mesure ; car, en tenant compte de l'atteinte nécessaire, héréditaire ou acquise, des facultés intellectuelles, on se trouve ramené à la théorie mixte psycho-sensorielle de Baillarger, Il va de soi que toutes les hallucinations de l'ouïe ne sont pas fatalement liées à une lésion de l'oreille elle-même : j'ai cité plus haut une série d'hallucinées chez lesquelles les fonctions auditives étaient normales. Par contre, on peut concevoir sans difficulté que l'appareil auditif considéré dans son ensemble, depuis sa partie la plus périphérique jusqu'au centre de la mémoire des mots et de l'idéation, puisse être lésé à l'un quelconque de ses étages (nerf, bulbe, fibres intra-cérébrales, écorce, fibres d'association des divers centres), et donner lieu ainsi à des troubles hallucinatoires plus ou moins compliqués. Le fait, quoique hypothétique à l'heure actuelle, est cependant vraisemblable.

Je n'ai pas parlé du traitement parce que je voulais seulement aujourd'hui vous apporter une statistique. D'ailleurs, personue ne met en doute qu'on puisse guérir une hallucination en supprimant sa cause. Il est cependant important de se hâter, car c'est au début seulement qu'on aura des chances de réussir. Plus tard, la psychose est installée, les modifications dans les cellules ont pris pied et rien ne les fera plus disparaître. Il est curieux de noter à ce point de vue la possibilité de l'irradiation hallucinatoire; le trouble psychique d'abord limité au côté malade dans le cas de lésion unilatérale devient double même alors que l'oreille de l'autre côté reste indemne. J'en ai vu un exemple. Une malade, la nommée Vin...(Jeannette), a une sclérose légère du côté droit, avec une surdité assez nette que le cathétérisme a d'ailleurs améliorée; pendant longtemps elle a eu des hallucina-

droite, et elle faisait à
·este de chasser les gen
ɔn parlant près de son
hallucinations se sont g
oix des deux côtés : l'éb
ısmis d'un hémisphère à
ues ne paraissent plus
nt d'intervenir au début.
unication préliminaire et
ouvoir déjà tirer les de

e l'oreille sont fréquentes
ɔre de cas dont l'importa
›uent un rôle important
ations et des troubles psy
d'un malade atteint d'ha
ıjours examiner les oreill
sitif, un traitement appro
ın est capable d'amener l

IE. — DÉBUT PAR DE
A PARALYSIE DE LA F

par le Dr GELLÉ.

ɔns de leucocythémie, s
›int rares ; aussi, si je pub
› des particularités remar
› l'affection a été longtem
sible à connaître. En effe
›tomatiques initiales ont
›t surtout une hémiplégie
ux mois les engorgemen
espondant cependant, à l
s et du médecin, avec l'
ɔurs sous-cutanées ind

'aite à la Société française d'otolog

région lombaire, dont l'existence, à cette date, n'a été annoncée que plus tardivement par le malade. On conçoit que le clinicien ne pouvait supposer que son malade fût menacé de cette maladie, à la simple apparition d'une paralysie faciale. Cette allure insidieuse de la leucocythémie a été bien constatée par les observateurs (Isambert, Jaccoud). L'affaiblissement de l'ouïe et les troubles auditifs ont été notés. C'est ainsi que sur 32 faits relevés par Vidal, trois fois on a trouvé de la dureté de l'ouïe et même de la surdité. Isambert, au travail duquel j'emprunte ces chiffres, a fourni un relevé personnel de 41 autres observations de leucocythémie, dans lesquelles, quatre fois, on a constaté de la surdité ou des troubles de l'audition (7 sur 73 cas, 1/10) (Obs. de Blache, 1885; de Ramberger, 1856; de Mulder, 1860). Isambert ajoute qu'on ignore si cette surdité tient à quelque lésion anatomique ou seulement à la faiblesse générale des malades si gravement prononcée dans cette affection (Isambert. *Dict. Sc. méd.*, t. II, 2e série, 1re partie, p. 311, 1869). « Nous ne connaissons, dit cet écrivain, aucune recherche anatomique sur l'oreille interne, bien que la surdité ait été notée assez souvent chez les sujets leucoythémiques. » On sait qu'il n'en est pas de même pour l'œil et la rétinite leucocythémique a fait l'objet de travaux sérieux (Poncet, etc.).

D'autre part, Trousseau, insistant sur la part qui revient dans l'origine des accidents ganglionnaires, dans l'adénie, aux lésions des muqueuses et de la peau, cite à l'appui de son opinion quatre cas où l'engorgement ganglionnaire primitif survenu dans les ganglions sous-maxillaires, avait eu pour point de départ, tantôt une tumeur lacrymale, ailleurs un coryza, ailleurs encore une otorrhée. Jaccoud, dans l'excellent article Leucocythémie de son dictionnaire, mentionne aussi les vertiges et les bourdonnements d'oreilles comme accidents observés dans cette maladie. Quel est le mode pathogénique de ces troubles auriculaires? Une grande partie de la symptomatologie de la leucocythémie se compose de douleurs

qui se rapprochent au dire
ictère, des effets de la comp
s que de la douleur; cependa
· le trajet des nerfs comprimé
de ou énorme des masses g
t à l'apparition des tumeurs d
se rapportent les accidents v
nsi, mieux que par toute autr
symptôme du début dans
lire, la paralysie faciale, al
ore l'attention du côté des vi
u'il n'y avait nulle raison de
leucocythémie.
nieux encore la pathogénie c
lébut, et celle de cette hé
rappelle les études de Mosle
pharyngites leucémiques e
e de la leucémie amygdalien
seau faisait ici dériver les e
res de l'affection primitive
e et des gencives.
ogie générale de la leucocyth
partie des accidents de com
veloppement des glandes h
isse d'un nerf, d'un plexus
suffusions sanguines constat
e fait de son trajet dans l'
rf est plus susceptible d'être c

symptômes d'une tumeur leu
st l'exophtalmie; une tume
ial causera promptement la
pathogénie des troubles auditifs dans
xiste, sans doute, plus d'un mode :
erf, œdème, ou suffusion sanguine,
lu début de cette complication; la
uffit, à la fin, pour tout expliquer.

Dans notre cas, l'aggravation a été observée dès le début, à tel point que l'apparition de la paralysie faciale donna l'idée d'une gomme intra-cranienne, et que le traitement ioduré fut institué dès l'abord.

Je rappellerai tout à l'heure que l'otorrhée avait été signalée par Trousseau; c'est aussi chez un sujet atteint d'otorrhée, que Politzer a trouvé la curieuse lésion de l'oreille interne dont il a communiqué les pièces et les pr'parations, avec les dessins, au Congrès de Bâle, 1884. Une tumeur manifestement leucémique avait envahi le limaçon, écrasé et détruit une grande partie des rampes sensorielles. Le malade mourut de leucémie généralisée.

Ce sujet, on se le rappelle, devint sourd en une nuit, avec bourdonnements d'oreilles et vertiges; et cet accident advint au début de la maladie leucémique qui l'emporta; la lésion fut rapportée aussi à la syphilis, et le développement du ventre, du foie et de la rate, et l'œdème général, l'affaissement extrême des forces vinrent plus tardivement éclairer le diagnostic.

Cette belle observation, avec pièce à l'appui, est venue à propos, combler le desideratum signalé par Isambert; aujourd'hui, la leucocythémie a été constatée dans l'oreille interne. (Politzer, compte rendu du Congrès d'otologie de Bâle, 1874. *Affection leucémique du labyrinthe.*) Voici mon observation.

OBSERVATION. — *Surdité gauche. Paralysie faciale gauche. Leucocythémie.* — M. Lagr..., cinquante-huit ans, ferblantier, est mon client depuis quinze ans, et, à part quelques douleurs rhumatismales passagères, je n'ai jamais eu à lui donner des soins pour une maladie sérieuse. Travailleur, sobre, heureux dans son commerce; rougeaud de figure, il est devenu gras par suite de son existence sédentaire. Il habite, la plus grande partie du jour, une sorte de sous-sol très profond, disposé en atelier, où il travaille à couper et à souder les plaques de fer étamées. Ce sous-sol est froid et humide, et ne voit jamais le soleil.

M. X... a fait élever au-dessus un petit
e, très étroit, qu'il a habité presque immé-
écaution aucune. Au point de vue étiolo-
ı, on sait que tout cela a de l'importance
diqué par les auteurs.
ıze ans, M. Lag... n'a pas eu d'attaque de

santé apparente bonne, M. Lag... s'aper-
ur d'oreille, à gauche surtout; il éprouve
ıe plus qu'une douleur véritable et plutôt
et sur la joue que dans le fond du conduit;
ıenti quelques élancements dans la tempe
âchoire et des battements passagers dans
ı de temps après, le 22 août 1884, il cons-
ermer l'œil gauche et qu'il a de la peine à
r de lui sortir de la bouche par la commis-

e trouve une paralysie faciale très nette,
du palais a conservé ses mouvements.
ouvert, le front est plat, sans ride à
ıdre effort de parole la bouche se porte à
iste une sensibilité un peu exagérée de
e de la face et de l'endolorissement sur-
eille.
i à la gorge, ni dans les narines.
ıtendue à 4 centimètres à gauche; le tym-
slucide, laisse voir l'enclume dans le 1/4
il se meut facilement à valsalva; triangle
le bourdonnement.
ulage en appliquant sur la joue des cata-
ls. Sa femme remarque que depuis très
droite est peu utile à son mari, et qu'il a
dure de ce côté; l'état scléreux de cette
. La paralysie faciale est rapportée à un
al.
t en général fort mal supporté (iodure de
che volante au bas de l'apophyse mastoïde);

enfin l'électricité (courants induits) a été appliquée très doucement et méthodiquement sans grand résultat pendant plus de six semaines.

L'électrisation a toujours été extrêmement douloureuse, bien que de courte durée et à courant très faible; elle semblait causer une secousse générale au malade, très courageux cependant; ceci est noté plusieurs fois dans l'observation.

Les bains chauds de la face, les cataplasmes chauds sont, au dire du sujet, ce qui lui a été le plus utile.

Deux mois après, l'œil a pu se fermer; les contorsions de la bouche ont peu à peu disparu, mais tout le côté de la face a paru au malade rester raidi et sensible. Cette sensibilité anormale a été le phénomène curieux de cette hémiplégie faciale. Aucun signe d'hyperexcitabilité de l'organe de l'ouïe.

Le sujet est cependant tourmenté déjà par de l'insomnie fréquente et par un état de faiblesse qu'il ne peut s'expliquer.

En même temps d'autres malaises d'abord vagues, puis plus caractérisés se montrent : ce sont des crampes douloureuses dans les mollets; de l'engourdissement des membres inférieurs, une sensation de raideur, des mouvements involontaires, des sauts de la jambe; des refroidissements des deux membres inférieurs, et des douleurs véritables dans les reins et la région sacro-coccygienne, laissant après elles une grande faiblesse musculaire.

De l'insomnie avec cauchemars et des accès de fièvre irréguliers tourmentent aussi le malade, chaque jour avec plus de ténacité.

Cet état de malaise et de souffrances variables durait depuis plusieurs nuits, même avant l'aggravation de la surdité et l'apparition de la paralysie faciale; mais on l'a toujours expliqué par l'existence de rhumatismes erratiques.

Il en est de même d'un état douloureux des gencives et des dents et d'une odeur souvent désagréable qui a existé par intervalles à la même époque, mais le malade n'attachait à tout cela qu'une médiocre importance, et n'en a parlé qu'une fois le diagnostic confirmé, et après interrogation.

tembre, la femme de Lag.
nsporter chez moi, à ma c
ns les jambes; déjà il y
es bancs de l'avenue, ta
:her; or, il y a dix min
à mon cabinet.
ent musculaire si rapid
s aucun rapport avec la
r le malade et je le vois a
, affaissé; il a de la peine
grande difficulté à me mo
; on dirait qu'il est frapp
ibilité existe et la vessie se
ılevées à volonté; mais p
ı travail; je m'aperçois
s et du tronc.
faisais tourner le malade
j'avais trouvé au pourtour
etites grosseurs, du volume
, incolores, sous-cutanées
boule, sans coloration ni
t depuis quelques jours. I
lusieurs qui ne grossissaie
ıt la grosseur d'une noise
j'appris alors que, depuis
était développé un groupe
n lombaire, au niveau de
ne l'avaient pas préoccup
arlé.
.) C'est alors que je palpa
ifestement gonflés mais bi
la suite.
ncives légèrement odorant
urtout.
pétence; et une insomnie
au chloral; parfois des
endant la nuit.

(Janvier 1885.) Bientôt apparaissent des douleurs vives à crier, avec raideur des doigts des pieds et des petits doigts des mains, avec engourdissement et incapacité fonctionnelle; cela dure quinze jours.

La faiblesse générale est devenue telle que le lever est impossible.

Le moindre mouvement est pénible, incomplet et douloureux. Les masses musculaires des épaules et des bras, surtout à droite, sont douloureuses à la pression et dans les mouvements. La bouche répand une odeur infecte; l'haleine est putride, horrible; les gencives crénelées dépassent les dents. Elles sont rouges, saignantes; crachats sanglants, odorants, accès de fièvre extrême, avec insomnie et douleur dans les membres. (T. 39°, p. 110, petit.)

Les tumeurs cutanées et sous-cutanées ont augmenté de volume et de nombre ; il en est venu à la cuisse, aux bras, sur tous les points du ventre et de la ceinture et du tronc, une à l'angle coronal, etc.

Quelques jours plus tard, les ganglions parotidiens, sous-maxillaires et sterno-mastoïdiens sont envahis successivement d'un jour à l'autre, et grossissent à vue d'œil. D'abord isolés, les ganglions se fondent en masses de plus en plus saillantes, bosselées; bientôt le menton ne peut plus s'abaisser, la bouche a peine à s'ouvrir, le cou ne peut ni se plier ni se tourner, il a disparu en quelques jours; la tête et le tronc ne font qu'un. Vertiges et bourdonnements d'oreilles. Les ganglions axillaires, ceux de l'aine, des jarrets, etc., sont pris à leur tour.

Les tumeurs sous-cutanées se multiplient sur le crâne, la face et les diverses régions du corps, toujours avec les mêmes caractères d'indolence et de développement rapide.

En même temps, l'état général devient inquiétant; le malade a des instants de délire, il vomit, se tient à peine assis, ne peut boire que difficilement; sa voix est cassée ; les gencives saignent et la bouche bave une sanie putride.

Dès le jour où les tumeurs lombaires ont été constatées le malade a été vu en consultation avec le Dr Legroux, et avis

a été pris en même temps auprès du professeu
diagnostic a été : leucocythémie.

Une tumeur sous-cutanée de l'abdomen a
examinée histologiquement. Le sang extrait pa
la peau a été extemporanément examiné au
le Dr Legroux et par moi ; nous avons pu
champ du microscope (n° 7 Astenack., 300 I
blancs en moyenne sur plusieurs préparations.

La tumeur examinée au laboratoire de l
Dr Legroux a montré la texture du lymph
ayant l'aspect à la coupe d'un ganglion lympl

Le diagnostic a donc été confirmé dès ce mo

Sur le conseil de M. Legroux et du Pr Bouc
fut immédiatement mis à l'usage de l'arsenic,
solution d'arséniate de soude ; puis la bouche
solutions toniques et désinfectantes, portée
avec un pinceau sur les gencives fongueuses.

Quelques lavements de peptone vineux addi
aidèrent au relèvement des forces. En effet
calme, de repos, de bien-être semble succéd
des crises précédentes.

20 janvier. — Mais le mal empire; bientôt
des crises de suffocations subites; d'abord la
souvent; le pouls dans ces crises devenait in
rapide; les battements cardiaques sont pe
encore nets, sous l'oreille et n'offrent pas les i
pouls radial, mais ils sont inégaux; il n'y a
le malade ne peut rester couché; et n'a plu
tenir assis, il est asphyxiant. Soif vive, bouch
énorme de tout le corps dont se plaint le mala

29 janvier. — La rate remplit la moitié du
nent; la face est œdématiée, entourée d'un l
des masses ganglionnaires hypertrophiées
régions péri-maxillaires. Œdème des jambes.
en extrait à la dose de 4 grammes par jour a p
le pouls et diminuer les crises de suffocation.

Du 1er février au 12. — Œdème du phar

putrilage de l'haleine malgré les collutoires, les douches d'eau de seltz, les gargarismes boriqués. Les lavements nutritifs sont gardés et paraissent soutenir le malade qui a moins de bourdonnements d'oreilles et moins de vertiges. La liqueur arsénicale (traitement recommandé par Bezold) a été rigoureusement pris depuis la première consultation de M. Legroux; elle est bien supportée, mais l'alimentation est devenue presque impossible par la bouche. On remarque que les douches d'eau de seltz et les lavages avec la solution boriquée ont modifié quelque peu l'état des gencives et diminué l'odeur de putréfaction intolérable au pauvre malade.

12 février. — Cependant, depuis un mois, la température prise tous les jours a rarement été au-dessous de 39° et souvent elle a monté plus haut, la nuit surtout. Le pouls depuis l'accalmie est régulier à 110 par minute. La face paraît vernissée, tant la peau est tendue, et l'aspect du malade est hideux tant il est déformé par les excroissances multipliées sur tous les points.

19 février. — La respiration, souvent sifflante et haute, surtout la nuit, depuis les accès de suffocation, devient plus difficile cette nuit, puis des accès de suffocation avec pouls misérable se succèdent coup sur coup et emportent le malade asphyxié à dix heures du matin.

La maladie a duré plus de 6 mois; mais on compte 6 mois depuis l'attaque de paralysie faciale jusqu'à la mort (du 21 août 1884 au 19 février 1885).

L'autopsie n'a pu être faite.

En résumé :

La leucocythémie la plus grave, la plus généralisée, a débuté lentement, sournoisement, par des tumeurs isolées, dont quelques-unes sous-cutanées, d'autres plus profondes, dont l'une a comprimé le facial gauche et a atteint l'oreille gauche.

D'abord éparses, isolées, ces tumeurs se sont multipliées, puis les ganglions se sont pris à leur tour secondairement; un état général d'affaissement des forces et

... ment d
... L'apparit

COMPT...

...ANÇAISE

5° **Wagnier**, de Lille, présenté par MM. Moure et Moura;

6° Rolland, médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal pour la clinique laryngologique des enfants, présenté par MM. Baratoux et Moura;

7° Farges, médecin à Cauterets, présenté par MM. Gouguenheim et Moura.

L'assemblée, à l'unanimité, vote leur admission.

M. le Président donne ensuite la parole à M. Lannois.

Rôle des affections de l'oreille dans le développement des maladies mentales, par M. LANNOIS (1).

M. BOUCHERON. — Je dois me ranger à l'opinion de notre collègue M. Lannois. Après les oreillons, un certain nombre d'affections de l'oreille ne sont pas, en effet, labyrinthiques. Il faut en général être très sobre du diagnostic : *affection labyrinthique pure;* les examens histologiques récents en montrent de plus en plus la rareté. Presque toujours il s'agit d'*affections mixtes* dont l'aboutissant est une lésion labyrinthique, mais dont le point de départ, reconnu ou non, est une affection de la trompe ou de la caisse et la compression ultérieure du labyrinthe.

Quand le nerf acoustique a été, en effet, violemment ou longtemps comprimé, il se trouve anesthésié et il ne réagit à aucune excitations, ni par l'air, ni par les os. Et cependant, après la décompression, *faite avant la dégénérescence*, la fonction peut revenir.

Toutes les explorations connues jusqu'ici, même celle de Rinne, indiquent seulement que le nerf fonctionne ou ne fonctionne pas. S'il ne fonctionne pas, aucune méthode exploratrice ne peut indiquer s'il y a anesthésie totale ou s'il y a lésion irrémédiable.

La même chose existe pour le glaucome de l'œil; la fonction visuelle peut disparaître totalement par compression, et réapparaître après la décompression.

M. Boucheron cite le cas d'une jeune fille chez laquelle

(1) Voir *Revue*, p. 677.

troubles cérébraux ont
it chez elle diminution c
aême temps qu'elle ent
ision du nerf s'était éte
ible mental. Une insuffl
ent ces phénomènes.

[. Moure s'étonne de
nomènes observés chez l
simple Politzer. Il dem
fonctionnel de l'ouïe
ne.

[. Boucheron. — Après
ïe redevint normale. M
ancolie, l'état du sujet
eux de l'oreille, ainsi q
. L'audition de la voix
phrases prononcées hau
lques mots de compris.

—

[. Ruault lit son mémoi
se circonscrite prim

I. Aysaguer demande s
hilis.

[. Moure demande si l'e
s auteurs et particulié
istence d'œdèmes circo
ghtiques, cet examen po

I. Ruault dit qu'il n
nt à l'examen des urines

I. Vacher a observé u
lé de volume ; le sujet
mmes de teinture d'iode
nes firent disparaître l'c

I. Fauvel.— Dans les c

) Voir page 673.

les malades étaient atteints de la maladie de Bright et moururent phtisiques.

M. Gouguenheim a cherché fréquemment l'œdème du larynx chez les brightiques et ne l'a jamais rencontré. En présence du succès de la médication, il partage l'opinion de M. Ruault sur la nature de la maladie, d'autant plus que les angines aiguës s'accompagnent assez fréquemment d'œdème de la luette ayant les mêmes apparences que celui de l'épiglotte décrit par notre collègue, M. Ruault.

L'observation de M. Fauvel me paraît intéressante et juste, car j'ai vu plus d'une fois des inflammations plus ou moins aiguës, d'origine syphilitique, devenir le point de départ de la tuberculose.

5° Surdité complète unilatérale et bilatérale à la suite des oreillons ; trois observations, par M. Ménière, de Paris (1).

M. Lannois ne croit pas que les lésions soient univoques. Il y a une observation de Toynbee, dans laquelle il y avait une hémorragie du labyrinthe. Dans un cas qu'il a publié lui-même dans la *Revue de Médecine* (1882), il a aussi conclu à une fluxion labyrinthique analogue à celle qui se produit sur le testicule par exemple. Toutefois il a vu récemment chez un enfant de quatorze ans, qui, cinq ans auparavant, avait été atteint d'oreillons, une double sclérose de la caisse sans diminution bien marquée de l'audition, et il est certain que les parents ne se sont aperçus de cette diminution que quelques semaines après les oreillons. A moins d'une simple coïncidence, il faut bien admettre que les oreillons n'attaquent pas toujours le même point de l'appareil auditif.

M. Moure demande à M. Lannois s'il pense qu'une otite scléreuse puisse se développer en l'espace de quelques jours comme on l'observe à la suite des oreillons et amener une surdité aussi complète que celle constatée dans ces cas. Dans tous les faits publiés jusqu'à ce jour, et dans tous ceux qu'il

(1) Sera publié.

;nalés ou observés, M. Moure dit qu'il s'agissait *bien nette-*
t d'une affection labyrinthique sur la nature de laquelle
ait difficile de se prononcer. S'agissait-il de métastases,
iicrobes, d'hémorragies? On ne peut que faire des hypo-
es.

. Lannois ne dit pas qu'il n'y ait eu affection labyrin-
ue dans le cas qu'il a publié avec son ami, M. le
.emoine. Il a constaté la surdité incomplète à la suite des
lons. Il y avait audition à deux centimètres chez son
ıde.

. Boucheron insiste sur la réserve avec laquelle il faut
lir le diagnostic d'une affection labyrinthique.

. Ménière, à propos de ces surdités complètes, signale
as qu'il a observé il y a quelques jours. Un jeune enfant
.euf ans, dont l'audition était normale, ayant quitté la
.on paternelle à midi est entré en classe à une heure.
lant la classe, le professeur lui adressa la parole et
ant ne répondant pas fut puni pour son manque d'atten-
Rentré chez lui, cet enfant raconta à ses parents qu'en
.e il avait éprouvé quelques bourdonnements et n'avait
entendu un mot de ce que lui disait son maître. Il y a un
ue le fait s'est produit et l'audition se trouve perdue.

Gomme de l'aile du nez. Observation, par
Moure (1).

De l'acide lactique dans les suppurations de
ille, par M. Aysaguer, de Paris (2).

. Baratoux emploie l'acide lactique depuis longtemps
dans les cas de granulations et de carie, soit pur, soit
/5e ou au 1/10e. Il n'est pas nécessaire de faire des
ges après les attouchements. M. Baratoux ne l'emploie
en instillations; il est persuadé que dans l'otorrhée
le, due à la carie ou aux granulations de la partie supé-

Sera publié.
Sera publié.

rieure de la caisse, cet acide est appelé à rendre de réels services. M. Héring a employé l'acide lactique dans les maladies ulcéreuses et tuberculeuses du larynx, dit-il.

M. AYSAGUER n'a pas obtenu de bons résultats, dans les cas d'affections laryngées, des applications de ce remède; il s'en est, au contraire, bien trouvé dans celles de l'oreille.

8° Des tumeurs osseuses du conduit auditif externe et de leur ablation, par M. GARRIGOU-DÉSARÈNES, de Paris (1).

9° Lymphadénome : surdité, paralysie faciale, par M. GELLÉ, de Paris (2).

10° Une proposition de modification de l'article 12 du Statut-Règlement, portant suppression de la session ordinaire d'octobre et signée par MM. Moure, Gouguenheim, Aysaguer, Ruault, Joal, Archambaud, Cartaz, Garrigou-Désarènes, est déposée, à la fin de la séance, sur le bureau.

L'article 41 concernant la révision dit :

« Toute proposition de modification au présent Statut-Règlement devra être signée de six membres au moins, déposée sur le bureau, renvoyée à une commission et discutée, s'il y a lieu, en assemblée ou session générale. »

La commission nommée est composée de trois membres, savoir : MM. Ménière, Ruault et Joal.

11° Présentation d'instrument, par M. Ruault.

La séance est levée à onze heures.

Pour le Comité :

Le Secrétaire : Dr MOURA.

(2) Sera publié.

(1) Voir p. 296.

Packhard (J.). — Rétréci... *Times*, p. 727, 6 août 18...

Paget. — De la parotidit... affections des organes pe...

Perry. — Enclavement d'u... avril 1887).

Peterson (F.). — Maladie d...

Pager. — De la parotitide ... p. 302, 1887).

Rabl. — De la contagion con...

Ricci. — Contribution à l'étu... Forti, 1887).

Sanquirico et Onechia. — ... chez l'agneau (*Bollet. delle*...

Sainte-Marie. — Contributi... *Paris*, 1887).

Schadewaldt. — Localisati... (*Deuts. med. Woch*, n° 32...

Silvestrini.— Gangrène pulm... phage (*Bollet. delle clin.*, n...

Somma. — Derniers progrès ... *gresso med.*, an. I, n° 2 et s...

Sota y Lastra (R.). — Un os... de l'œsophage. Œsophagotom... n° 9, septembre 1887).

NOU...

La reine Victoria vient de c... Mackensie, par reconnaissance p...

Congrès intern...

SECTION...

La section s'est réunie le lun... sous la présidence de M. Daly, ...

MM. Lennox-Browne. Prosi... J. Baratoux, Bouchut, Charaz... (Russie): Duncanson, d'Ecosse; ... de Vienne; Hartmann, de B... Détroit; Woolen, d'Indianapolis... ont été nommés vice-présidents.

MM Donnis et Toole, de San... Pittsburg; Casselberry, L. ... H. Curtis, de New-York; R. E... Buffalo; Th. Hering, de Vars... de Baltimore, ont été nommés ...

Ont été élus secrétaires : Pou... l'Allemagne : O. Chiari, de V... Bordeaux.

(1) Nous avons, du reste, ... séances. (Voir p. 564).

Bordeaux. — Imprimerie Nou...

re méthodique qui a prés
tions passées en revue, le
lète.

st avec intérêt et profit «
tre concernant le Hay Fev
airement présentée et discut
ur a toujours cherché à
rs dans l'étude de la mala
lu'appuyé sur des bases sci
controverse. Il ne manque
expérience ou l'expérimen
air les éclaircissements qu
rée des faits est en droit d'
gutturale (consécutive au
e un intérêt de premier or
e dans un traité de ce gen
piré en le présentant à la
ssi succincte que possible. D
son l'important travail de
démontra à l'évidence le rôl
rtaines formes de préten
. Il attire également l'atte
te qu'exercent les végétatio
audition.

acre du reste un chapitre
, et y passe en revue la plup
combattre. Nous aurions
ar l'auteur ou les traducteu
la description a été donnée
u *Berliner Klinische Woch*
s pratique, et nous pouvons
qu'il est facilement appl
depuis lors donné deux ou
n instrument qui n'est en ré
à angles arrondis et à la
ixée à un fort manche; c

BIBLIOGRAPHIE

é pratique des maladies du nez et naso-pharyngienne,

Par Morell-Mackenzie

de l'anglais et annoté par les docteurs E. J. Mou
avec 82 figures dans le texte (1).

s nul doute, la traduction de cet imp
cteur Morell-Mackenzie sera accueillie
par le public médical français que l'
des maladies du larynx du même au
ı allemande avait paru presque en mé
n anglaise, grâce aux soins du docteur I
es. Le livre dont nos confrères, les doc
zac, viennent de donner une traduction,
recte, comptera parmi les œuvres re
rature médicale contemporaine. Que d
depuis quelques années et quel vaste
s il nous a été donné de fouiller dans ce
ine et de la chirurgie, grâce aux méthodes
rations, qui ont assuré le progrès consta
moyens thérapeutiques ! Que les médeci
comparent ce traité avec les chapitres
es du nez dans les meilleurs et les p
es de chirurgie. Ils seront frappés ce
s points nouveaux qu'ils y rencontrero
e de détails, néanmoins précieux pour l
loute pas du progrès accompli dans cet
s médicales. Il est bien inutile du rest
auprès des lecteurs de la *Revue mensuel*
de Rhinologie; le plus grand nombre
robablement entre les mains le volum
-Mackenzie.

econnaîtront sans peine que c'est un
que sur la matière et que le plus érudit
ver d'amples moissons à faire. Ils ser

(1) ...tave Doin, éditeur. — Paris 1887.

l'ordre méthodique qui a présidé à l'étude des différentes affections passées en revue, le plus souvent d'une manière complète.

C'est avec intérêt et profit que sera lu, par exemple, le chapitre concernant le Hay Fever dont la partie étiologique est clairement présentée et discutée. D'une manière générale, l'auteur a toujours cherché à mettre en relief les points obscurs dans l'étude de la maladie dont il fait l'histoire; ce n'est qu'appuyé sur des bases scientifiques qu'il prend parti, s'il y a controverse. Il ne manque pas de réserver son opinion, si son expérience ou l'expérimentation ne lui ont pas permis d'obtenir les éclaircissements qu'une observation exacte et raisonnée des faits est en droit d'exiger. Le chapitre intitulé *Surdité gutturale* (consécutive aux affections de la gorge) présente un intérêt de premier ordre. Il trouve parfaitement sa place dans un traité de ce genre; aussi l'auteur a-t-il été bien inspiré en le présentant à la fin de l'ouvrage sous une forme aussi succincte que possible. Dans l'historique il rapporte acec raison l'important travail de Urba-Liel, dans lequel ce dernier démontra à l'évidence le rôle important de la névrite dans certaines formes de prétendu catarrhe de l'oreille moyenne. Il attire également l'attention sur l'influence prépondérante qu'exercent les végétations adénoïdes au point de vue de l'audition.

Il consacre du reste un chapitre entier à l'étude de ces dernières, et y passe en revue la plupart des moyens employés pour les combattre. Nous aurions à ce propos voulu voir signaler par l'auteur ou les traducteurs l'instrument de Gottstein, dont la description a été donnée l'an dernier dans un des numéros du *Berliner Klinische Wochenschrift*. Il est certainement très pratique, et nous pouvons affirmer par expérience personnelle qu'il est facilement applicable à tous les cas. L'auteur a depuis lors donné deux ou trois courbures différentes à son instrument qui n'est en réalité qu'une ouverture triangulaire à angles arrondis et à lame coupante située en avant et fixée à un fort manche; ce qui en généralise l'emploi.

cteurs Moure et Charazac ne se sont pas contentés
s traducteurs fidèles ; ils ont donné leur part de colla-
à l'ouvrage en y ajoutant de nombreuses notes, qui
une grande érudition et une observation judicieuse
s auteurs.

ıe manifestons qu'un regret, c'est qu'ils n'aient pas
ır donner la traduction des chapitres concernant les
de l'œsophage; cette partie, quoique bien séparée
e, était également intéressante à connaître, et elle
ntribué à former un ensemble complet avec le traité
lies du larynx déjà paru antérieurement.

F. Schiffers.

**:hes anatomiques sur le plancher de la bou-
vec étude anatomique et pathogénique sur
nouillette commune ou sublinguale,**

Par le Dr G. Suzanne,

'ne des hôpitaux de Bordeaux, préparateur d'anatomie pathologique
à la Faculté, etc (1).

ır, se conformant à la division qu'il vient d'indiquer,
ns la première partie de son travail, l'anatomie du
de la bouche, et dans la seconde, l'anatomie patholo-
a pathogénie de la grenouillette.

nt de vue anatomique, il expose l'opinion de Blandin
e Tillaux sur la manière d'envisager le plancher de
e et sur sa description. Quant à lui, d'après des
:s personnelles, il conclut que :

la face profonde de la muqueuse buccale et à sa
yenne, existent des fibres musculaires striées, antéro-
res, provenant du génio-glosse. D'autres fibres
érer à la partie postérieure de la glande sublinguale;
ırrière du maxillaire inférieur, au-dessus des apo-
ni, se trouvent de petites glandules auxquelles il
nom de *groupe glandulaire du frein ;*

re les conduits de Rivinus, assez souvent, la glande
le possède un conduit dit de Bartholin ;

G. Masson, libraire-éditeur, libraire de l'Académie de Médecine,
ırd Saint-Germain. 1887.

4° L'existence de la bourse muqueuse de Fleischmann est plus que douteuse.

Le deuxième chapitre est consacré à l'historique de la grenouillette; on y trouve cités les noms des auteurs qui ont apportés des faits nouveaux à la pathogénie et à l'anatomie pathologique de cette affection.

La grenouillette, suivant les auteurs, occupe deux sièges différents. Pour les Français elle se développe dans la glande sublinguale et pour les Allemands dans la glande de Blandin. Ce serait un kyste par rétention à la paroi duquel on décrit la structure suivante :

D'après les Français : 1° En dehors, tunique fibreuse renfermant dans son épaisseur des acini glandulaires et des cavités dilatées pouvant engendrer des kystes. — 2° En dedans, épithélium cylindrique à une couche (Robin), à dix ou quinze couches (Bazy).

D'après les Allemands : 1° En dehors, tnnique fibreuse avec acini normaux et canaux excréteurs dilatés. — 2° En dedans, épithélium cylindrique à cils vibratiles recouvrant des cellules cubiques.

Enfin, de ses recherches anatomiques et de la discussion très longue et très savante à laquelle il se livre, le Dr Suzanne, au point de vue de la structure et de la pathogénie de la grenouillette, formule les conclusions que voici :

I. Structure : La paroi d'une grenouillette commune est formée :

1° Par la muqueuse buccale saine (papilles un peu déformées);

2° Par une couche fibro-élastique renfermant dans son épaisseur : *a*) de nombreux lobules glandulaires sclérosés, dont les acini atrophiés sont en voie de destruction par dégénérescence muqueuse; *b*) un grand nombre de fibres musculaires striées, toutes parallèles à la muqueuse dans le sens antéro-postérieur, et situées seulement sur la ligne médiane;

3° Par une zone embryonnaire peu épaisse;

4° Par une tunique épithéliale, dont les cellules cylin-

sont en voie de prolifération et de
énérescence muqueuse.

ATHOGÉNIE : 1° La grenouillette
glande sublinguale;

s kystes de la glande de Bland
ie ne doivent pas être conside
te;

. ne doit plus admettre que la
a grenouillette;

le est produite par la transforma
ents glandulaires : acini et trav
s récidives sont dues à l'altératio
aires envahis consécutivement :
pour les éviter serait de pratiqu
it de la poche kystique.

thèse importante se termine pa
rès complet de huit pages et à
ques, dessinées par l'auteur et r
ende explicative donne la sig
Thèse de Bordeaux 1887.)

EVUE GÉNÉRALE —

LARYNX ET TRACHÉ

sie et trachéotomie, par R. Pic
de Paris.

question, mise à l'ordre du jour de
récemment lire à la Société
rapport sur quatre trachéotom
es par M. Houzel (de Boulogne-s
M. Pichevin, l'objet d'une étu
à formuler les conclusions suiva
France, presque toutes les trac
sthésie.

étranger, la chloroformisation
s'agit d'ouvrir le conduit laryng

3° L'enthousiasme d'un grand nombre de chirurgiens qui ont fait usage du chloroforme pour pratiquer la trachéotomie, prouve que l'anesthésie n'est pas aussi dangereuse qu'on serait tenté de le croire.

4° *Avantages de l'anesthésie.* — *a.* L'anesthésie calme le spasme laryngé, facteur considérable dans la production des accès de suffocation. Sous l'influence de la narcose, la respiration devient facile, les vaisseaux du cou et de la face sont moins congestionnés et les phénomènes asphyxiques s'amendent.

b. L'anesthésie supprime l'agitation du malade. On opère sur le cadavre. D'où possibilité de faire la trachéotomie avec une lenteur relative. D'où facilité de respecter les gros vaisseaux, de mettre des pinces sur des veines coupées, de faire une incision correcte à la trachée et enfin d'introduire aisément la canule.

L'hémorragie peut donc être réduite au minimum, car seule l'incision trachéale proprement dite pouvait donner lieu à une perte de sang. Cette hémorragie est trop minime pour entraîner de graves inconvénients.

L'expérience a, du reste, prouvé que le sang tombé dans les voies aériennes, pendant l'opération, était rejeté par des efforts de toux, même quand le sujet était très anesthésié.

5° *Inconvénients de l'anesthésie.* — Sans parler des risques généraux qu'entraîne toute chloroformisation, il existe des dangers particuliers qui sont : l'exagération du spasme laryngé par les vapeurs anesthésiques, la syncope primitive ou laryngo-trachéale, l'introduction du sang en grande abondance dans la trachée d'un individu dont les réflexes ont disparu. Nous avons dit que la présence d'une certaine quantité de sang dans la trachée, pendant l'anesthésie, déterminait presque fatalement des quintes qui expulsaient les liquides et les mucosités.

6° Le chloroforme ne doit pas être donné dans tous les cas.

7° *Indications de l'anesthésie.*

L'anesthésie est indiquée :

a. Dans la trachéotomie pratiquée comme premier temps

a face (maxillaire etc.); *b.* dans les cas
dans les voies respiratoires en l'absence
iand le chirurgien pense qu'il aura de
our immobiliser son malade; *d.* quand
es molles à traverser est considérable,
ie les points de repère ne sont pas bien
:t surtout lorsque l'on n'a pas à sa disposi-
ant d'aides expérimentés.

ns à l'anesthésie :

ie contre-indication. Les enfants en bas
uvent bénéficier des bienfaits de l'anes-
léterminés. Mais la période avancée de
de la lutte, insensibilité, résolution
altérations graves ou étendues des pou-
is du cœur, sont des contre-indications
iésie. Le courage éprouvé du malade
la chloroformisation.

nd nombre de cas, il est difficile de
Le tirage existe, la sensibilité n'a pas
t modérée; quel parti prendre? « C'est
de tempérament, » dit Bœckel. C'est
chirurgical. Si l'opérateur dispose d'un
es, s'il est versé dans la technique de
s'abstiendra de pratiquer l'anesthésie.
ontrer des difficultés anomales, la chlo-
ployée.

sera toujours préféré à l'éther pour

ihalations chloroformiques seront faites
udence.

tout de débuter par des doses massives.
de en se conformant à la pratique des
nt ménagées. Si à un moment quel-
au début de l'anesthésie, il y avait
des symptômes (arrêt de la respira-
cesser l'anesthésie et ouvrir immédia-

12° Avant de prendre le bistouri, il faut attendre la troisième période de l'anesthésie chirurgicale, la résolution musculaire, qui arrive du reste rapidement; l'état des pupilles indique que l'opération peut être commencée. (*Gaz. des Hôpitaux*, 4-11 juin 1887, p. 549 et 573.)

M. NATIER.

Méthode pour empêcher la formation des bourgeons charnus après la trachéotomie (*Ueber die Verhinderung der Granulombildung nach der tracheotomie*), par le professeur STŒRCK.

Chez les adultes, on peut facilement constater qu'en cas de diphtérie laryngienne le maximum d'inflammation et de destruction diphtéritiques se trouve au-dessous des cordes vocales; après l'élimination des pseudo-membranes, il reste en cet endroit une inflammation catarrhale très intense et très rétive. A la suite, il y a souvent perte de l'action réflexe du larynx (Gerhardt) et parésie des muscles laryngiens, affections qui peuvent faire durer la dypsnée après que l'on a ôté la canule; mais dans la moyenne partie des cas de cette dyspnée persistante on découvre des bourgeons charnus, non pas aux bords de la plaie trachéale qui garnissent la canule, mais bien sur cette muqueuse malade qui est située au-dessous des cordes vocales; il va sans dire que le frottement de la canule peut augmenter cet état maladif de la muqueuse et favoriser indirectement la formation des granulomes. La muqueuse laryngienne guérit si difficilement après une trachéotomie parce qu'elle n'est plus exposée au courant respiratoire; nous observons un fait analogue dans la dégénération de la muqueuse nasale quand l'air ne passe plus par le nez.

Störck n'emploie donc que des canules trachéales dont le tube intérieur est fenêtré tandis que le tube extérieur correspondant au larynx est criblé au même endroit d'une masse de petits trous. Störck traite les granulomes par la cuiller tranchante, la pierre infernale et les canules à dilatation; il rejette le cathétérisme inauguré par Bouchut en 1859 et préconisé tout récemment par O'Dwyer. Il ne faut jamais faire la laryngotomie ou la cricotomie, mais bien la trachéotomie proprement dite. Chez les adultes, Störck fait avant

ration deux injections sous-cutanées de cocaïı
la région trachéale, et pendant l'opération, il lı
ennant des tampons de ouate trempés dans la ı
; cette dernière opération est en même temp
). (*Wiener medic. Wochenschrift*, n°s 1-3, et *I*
, n° 8, 1887.)

---

hémorragies névropathiques des voies resı
par le Dr Daniel Droüault.

ı serait Parrot qui, à son avis, aurait le pren
gitimité des hémorragies auxquelles il proposa
om de névropathiques. Lancereaux leur con
e dans son *Traité d'anatomie pathologique*. A
nent encore se joindre ceux du Dr Marius
[uchard et du professeur Potain.

auteur définit les hémorragies névropathiq
lements ou extravasats sanguins survenant
ıce d'un trouble des nerfs vaso-moteurs ». Les
ı affection sont de deux ordres : 1° perturbatioı
des centres nerveux; 2° lésion matérielle de l
ıpinal.

ıs hémorragies seraient peut-être plus fréqu
ımme par suite de sa prédisposition aux mal
es générales ou locales.

Les hémorragies consécutives à une lésion d
eux lui semblent bien établies par les observa
de Charcot, de Duguet, de Carre, de Brown
[othnagel, de Vulpian, et, enfin, par les e
g. Ollivier.

Les hémorragies consécutives à des désordre
du système nerveux se rencontrent : *a* dans l
ıs l'épilepsie (épistaxis et hémoptysie) où elle
éder l'accès ou éclater en dehors de tout p
ulsif; *c* dans l'irritation spinale; *d* dans les hé
lémentaires; *e* dans les émotions morales vive
ıur; *f* le froid, la chaleur peuvent les engendre
ısité; *g* enfin l'herpétisme et l'arthritisme sont

sidérés par l'auteur comme des causes occasionnelles, et il a soin de signaler combien chez les herpétiques il peut être facile de confondre l'hémoptysie avec une hémoptysie de nature tuberculeuse.

Au point de vue pathogénique on a tour à tour invoqué la force vitale, la sympathie, l'asthénie, et plus tard le spasme vasculaire pour expliquer les hémorragies névropathiques. Brown-Sequard pense qu'elles sont le résultat de la contraction des artères et des veines dont le sang serait chassé des vaisseaux vers les capillaires qui finalement se rompraient. Elstein y voit une élévation de la pression sanguine due à l'excitation des vaso-moteurs. Enfin, Vulpian les explique par une paralysie vaso-motrice.

Les hémorragies névropathiques qui apparaissent dans la jeunesse et l'âge mur, se traduisent chez les jeunes par des épistaxis se transformant plus tard en hémoptysies; les hémorragies des voies urinaires et de l'intestin seraient l'apanage de ceux qui ont atteint la cinquantaine. Elles débutent parfois par des symptômes fluxionnaires auxquels s'ajoute presque toujours l'élément douleur; mais il faut aussi dire que leur invasion peut être tout à fait brusque. L'irrégularité de leur marche, leur quantité variable sont encore à noter, mais ce qui est important à remarquer c'est leur bénignité relative.

S'il est facile d'établir le diagnostic des hémorragies névropathiques des voies respiratoires, il est loin d'en être ainsi pour les hémorragies déterminées par l'hémophilie, les affections du cœur ou de l'aorte, l'albuminurie et surtout la tuberculose. L'auteur donne, à cet égard, d'utiles indications au point de vue du diagnostic différentiel.

Le pronostic de ces hémorragies doit être considéré comme bénin, les cas graves constituant tout à fait l'exception. L'auteur incline à penser que la tuberculose trouverait pour son développement un terrain favorable dans un poumon fréquemment congestionné comme il arrive dans cette affection. Telle serait aussi l'opinion de Potain et de Lancereaux. Huchard estime au contraire qu'il y aurait antagonisme entre



Suture métallique thyro-hyoïdienne (*Sutura metallica tiroioidea)* par M. le Dr Spannocchi.

Un jeune boulanger, pour s'ôter la vie, se donna un coup de rasoir au cou. Blessure assez large et profonde, compromet la membrane thyro-hyoïdienne, et laisse apercevoir l'épiglotte adhérente au segment supérieur. Il devint tout à coup aphone et dyspnéique. L'auteur chercha en premier lieu à traiter la blessure comme dans la trachéotomie, mais l'introduction de la canule causa bientôt un accès de suffocation si pénible, qu'on dut éloigner la canule. Il tâcha alors de réunir les bords de la blessure, et pratiqua une suture avec des fils de soie dans les tissus externes. Le malade tout de suite éprouva un soulagement remarquable. Bandage à la Lister. Il put prendre alors quelques aliments et être tranquille.

Mais trois jours après, l'aphonie reparut et la déglutition était tout à fait impossible. On remarqua que la blessure était réouverte par le détachement de la suture. Nouvelle suture superficielle et profonde des tissus externes qui eut la même issue. Au sixième jour, l'état du malade était presque comme au premier. Alimentation impossible, le bol alimentaire sortant en dehors par la blessure; aphonie, dyspnée, toux, abattement. On eut recours à une suture plus résistante des bords de la blessure. A l'aide d'une forte aiguille de Cooper, on accrocha profondément dans la ligne médiane l'os hyoïde avec deux fils métalliques dont les extrémités inférieures furent passées dans le thyroïde, l'une à droite et l'autre à gauche, et il en résulta une suture en forme de V renversé. Guérison.

A l'exposition de ce cas, l'anteur fait suivre les considérations suivantes :

1° L'arrêt spontané de l'hémorragie, malgré la plaie et la lésion des nombreux vaisseaux de la région antéro-supérieure du cou et surtout de l'artère thyroïdienne supérieure;

2° L'aphonie qui survient lorsque la plaie est ouverte, quoique les bronches, la trachée et les cordes fussent intactes, démontre que lorsque le tube d'adjonction au-dessus des

pharyngienne, nasa
›n rôle, le son de la

causée dans la dé,
› l'os hyoïde et le
haut et en avant, l
as comme auparava
nécessité de réunir
ts de suture, etc. L'
litent *pro* et *contra*
la conclusion que ‹
• réunis les bords de
‹elon lui, la préféren
.)

ır embolisme mala
malarico), par le

uarante ans, de bonn
ılité marécageuse,
ìvres intermittentes
·vre intense, précéd‹
Le soir, nouveau ı
›nt jusqu'à 41°. In
ré cela, au troisiè
‹e, et cette fois, il y
lligence, néanmoin‹
ses mouvements. I
parler, émettait de‹
ar des gestes ce qu
pouvait pas parler.
ns ce cas d'une at‹
teur croit que la l
n, qui reçoit l'excit‹
·ansformer dans se‹
antérieurs du cerv‹
il.
›ur, la lésion serait

l'affection et au résultat du traitement — à un embolus pigmentaire, produit par l'infection malarique. Le point de départ serait la rate. L'embolus se serait arrêté dans l'organe de coordination de la parole, en obstruant des vaisseaux capillaires et en amenant consécutivement des désordres circulatoires (anémie, hyperhémie collatérale), ce qui aurait causé une altération des cellules nerveuses.

La quinine coupa la fièvre; la parole retourna, d'abord indistincte, et puis elle redevint tout à fait normale. (*Gli Incurabili*,an. II, n[os] 12 et 13, 1887.)

D[r] F. CARDONE.

Phénomènes physiologiques qui se produisent chez les ventriloques (*Ueber die physiologischen Vorgænge beim Bauchreden*), par le professeur KÜSSNER, de Halle.

Küssner avait l'occasion d'examiner un bon ventriloque, il pouvait constater ce qui suit : langue immobile au plancher de la bouche, n'empêchant pas la vue dans le larynx. Voile du palais élevé, luette de même; le pharynx n'est pas séparé de l'espace naso-pharyngien; les arcades tendues, presque rectilignes comme dans le fausset; l'épiglotte ne cache pas le larynx; ce dernier présente la même image que dans la voix de fausset : comprimé un peu de droite à gauche et *vice versâ*, par conséquent allongé dans le sens antéro-postérieur, la partie postérieure de la fente glottique fermée; la partie antérieure plus large que pendant la production des sons de poitrine; les bords libres des cordes vocales fortement vibrants. Il paraît donc que l'art de la ventriloquie consiste dans une légère modification de la voix de fausset. Seulement dans la voix de fausset le larynx s'élève, tandis que dans la ventriloquie il descend d'une façon éclatante; de cette façon, l'espace résonnant de la bouche et des annexes est allongé, les sons paraissent venir non du larynx, mais bien du fond de la poitrine, le timbre devient encore plus extraordinaire parce que, outre cet allongement des résonnateurs, l'artiste emploie la voix de fausset. A cause de l'action diminuée de la plupart des muscles qui, à l'état ordinaire, agissent pendant le langage, les consonnes deviennent beaucoup

ırdes, à peine perceptibles, et c'est ce qui fait croire à
ement de la voix; il y a élimination probable d'un
nombre de « harmoniques » qui dans le langage normal
t à la voix son caractère spécifique. Les voyelles appa-
t beaucoup moins élargies. Cependant le *i* ressemble
Wiener medic. Presse, 1887, n° 35.)

ıerculose du larynx, par le Dr Mac Donagh, de Toronto.

.eur, dans une communication faite à l'Association
le d'Ontario, dit que la tuberculose laryngée existe
u moins 33 0/0 des phtisiques. Il relate l'histoire
s où il y avait eu enrouement et ulcération des cordes
, neuf mois avant qu'il n'y eût des manifestations
ables du côté des poumons.

ımen microscopique de la sécrétion purulente des
laryngés permit de découvrir un grand nombre de
. Ce cas et plusieurs autres tendent à prouver qu'il y
aryngite tuberculeuse primitive. Une autopsie faite à
ıl général de Toronto a permis de constater des mani-
ns tuberculeuses du larynx, sans aucune lésion pulmo-
ʟ'emploi du laryngoscope est fortement recommandé,
ermet souvent de faire le diagnostic de phtisie, bien
.qu'on ne pourrait avec le stéthoscope. Le microscope
confirmer le tout. (*Canada Medical Surgical Jour-*
7.)

Rolland.

---

r tuberculeuse du larynx (*Tuberkeltumor im Larynx*), par le Dr Max Schæffer, de Brême. — *Recherche microscopique*, ır Dietrich Nasse.

git, dans cette observation, d'un malade âgé de trente-
s qui avait la voix voilée depuis quelques années et
t enroué depuis quelques mois. A l'examen laryngo-
e, on constatait que le repli aryténoïdien gauche
égèrement saillie. Dans l'inspiration, à la partie posté-
de la corde vocale gauche, tout près du cartilage
ïde et s'étendant dans la région interaryténoïdienne
ırtie inférieure du conduit laryngien, on constatait
nce d'une tumeur unie, grisâtre, de la grosseur d'une

fève et offrant à la sonde une sensation de résistance. Bien qu'il ne parût à sa surface aucune trace d'ulcération, la tumeur était pourtant légèrement rugueuse et inégale. Au côté droit il n'existait que des symptômes insignifiants.

La tumeur fut enlevée dans son entier à l'aide du polypotome. Deux jours après la parole était améliorée et elle devenait complètement claire au bout de peu de temps.

L'auteur avait tout d'abord hésité sur la nature de la tumeur, mais un examen ultérieur du malade et la mort survenue quelque temps après le firent définitivement incliner pour un tubercule du larynx. Au reste l'examen histologique de la tumeur lui démontra qu'il en était absolument ainsi.

Ce sont là des cas assez rares et dont les principaux sont dus à Schnitzler, J. Mackenzie, Percy Kidd et Poa; c'est pourquoi il a paru bon à M. Schæffer de publier cette observation. (*Separatabdr. aus der « Deutsch. med. Wochenschr.* »)

M. Natier.

Étude du timbre des sons par la méthode des flammes manométriques, par le Dr E. Doumer.

Cette méthode consiste dans la photographie d'une flamme manométrique actionnée par le son que l'on veut analyser. Elle permet :

1° La mesure de la *hauteur* d'un son;

2° La détermination *des harmoniques* qui accompagnent le son fondamental;

3° La mesure des *différences de phase.*

Elle ouvre, d'après l'auteur, un champ nouveau aux recherches de physique *biologique* et de musique scientifique. (Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 2 août 1886 et 25 juillet 1887.)

Tubage du larynx, par Isch-Wall.

L'auteur commence par décrire le manuel opératoire d'O'Dwyer et signale les modifications qu'il a subies de la part du Dr Hoadley, de Waxhans, de Tascher. Il se demande ensuite si l'opération du tubage est d'une exécution facile et la critique de diverses observations prises pour la plupart dans la

littérature médicale américaine l'
accidents auxquels il expose sont
ceux occasionnés par la trachéoto
devenue souvent nécessaire après
tubage infructueux. Aussi M. Iscl
tubage du larynx. (*Progrès méd.*,

ORBILLES.

Contribution à l'anatomie patholo
zur pathologischen Anatomie des Gehœr
privat docent des maladies de l'oreille, à P

Dans cette étude, qui comprend
étudie en premier lieu le carcinom
Le cancer de l'oreille est une af
point de départ n'est presque jam
mais qui s'observe en tant qu'affect
moyenne. Il peut provenir soit
purée, soit encore de l'irritation ca
tude qu'ont certaines gens de grat
instruments. Comme symptômes
des hémorragies intermittentes, de

Le cancer de l'oreille peut encor
nir par propagation d'affections ana
telles que cancer du crâne, de la p
more. L'oreille interne n'a jusqu'ic
le processus cancéreux que d'une f

Les observations de cancer métas
rares; l'auteur a pu en observer de
sa disposition par le professeur Chi
pouvoir rapporter un cas qu'il a eu
sa pratique. Il s'agit d'une femme
nalière, entrée dans le service du p
un cancer de l'utérus, de l'emphys
naires, une arthrite de la seconde
paralysie du facial gauche. A sa

(1) Prag. 1887, *Druck der K. K. Hofbu*

temps après, l'autopsie révéla une carcinose généralisée des divers organes. L'examen microscopique du temporal gauche permit de constater l'envahissement de cet os par le cancer. En même temps que lui étaient atteints la dure-mère, le nerf acoustique, le nerf facial, etc. On ne saurait donc dans ce cas, nier l'existence d'un cancer généralisé à l'oreille.

L'auteur, dans un second chapitre, étudie l'aqueduc du limaçon. Cotugno, en 1774, avait dit que l'aqueduc du limaçon communiquait avec la cavité cranienne et il avait admis, à côté de lui, l'existence d'un second canal servant au passage d'une veine. Mais cette opinion ne fut pas partagée par les anatomistes qui suivirent, surtout après que Hyrtl, se basant sur de nombreuses recherches, se fut inscrit en faux contre elle. Aujourd'hui, malgré les nombreuses recherches de Weber-Liel, d'Axel Key, de Retzius, on peut dire que la question n'est pas encore tranchée. C'est pourquoi l'auteur qui dans ses recherches sur le cancer de l'oreille, a eu l'occasion de faire de nombreuses coupes de temporaux, ne craindra pas de donner son opinion dans le débat. Or, ses recherches l'amènent à dire qu'on peut maintenir son nom au canal de Cotugno et désigner sous le nom de *canal veineux du limaçon*, le canal osseux que parcourt la veine.

L'aqueduc du limaçon peut être le siège de nombreuses affections, tels : un cas de surdité, signalé par l'auteur, et consécutif à une méningite cérébro-spinale dans laquelle la maladie du labyrinthe était due à la pénétration du micro-organisme dans l'aqueduc ; deux cas analogues de Steinbrügge. Les lésions peuvent encore se rencontrer dans les cas de tuberculose, d'hydrocéphalie ; elles peuvent être engendrées par des dépôts amylacés déposés dans l'aqueduc en quantité plus ou moins grande. Il trouverait même, avec Brunner, dans les cas de ce dernier genre, une explication aux vertiges de Ménière qui seraient occasionnés par un obstacle à la circulation de l'endolymphe et de la périlymphe.

Suit une table avec quatre figures explicatives. (*Sonderabdruck aus der « Zeitschrift f. Heilk. »*, Bd VIII.)

M. Natier.



s cas de scotome de l'audition (*Alcuni casi di scotoma auditivo*), par M. le Dr Longhi.

as de Brunschwig et Baratoux et à celui publié par depuis 1885, il adjoint quatre observations toutes ı, qui lui permettent de se prononcer de quelque façon ature de ce phénomène auriculaire.

ces observations, aussi bien que dans son premier ans celui de M. Baratoux, ce qu'il y a de plus remar- c'est que la tension des membranes tympaniques n'est lument normale dans les différents segments. On y e ici et là des petites cicatrices, des relâchements ou concavité plus prononcée dans une zone que dans la conséquence en sera que les vibrations des diffé- gments pour des sons de diverse intensité ne seront à fait égales.

expliquer le mécanisme avec lequel le phénomène lit, l'auteur se prononce pour l'hypothèse de la cité des tensions, tout en admettant le rôle que peut e manque d'équilibre dans l'accommodation des mus- ra-tympaniques. Ces deux causes qu'il invoque, peu- n coagir, l'une n'excluant pas l'autre. Cela admis, it que les tensions multiples peuvent probablement rigine au stocome, lorsqu'il y a une asynergie perma- temporaire, ou intermittente des muscles de la caisse. *no delle malat. della gola, dell'orecchio, etc.*, an. V, llet 1887.) Dr F. Cardone.

---

it se produit la perception auditive dans le limaçon? (*ommt die Gehœrsempfindung in der Schnecke zu Stande?*) nication par lettre du professeur A. Boettcher au professeur Vartze.

avoir exposé les différentes théories qui règnent ment dans la science à cet égard, l'auteur en manière usion, termine en disant : « Depuis que j'ai signalé xion de la « *membrana tectoria* » avec l'appareil de l'ouïe, on a, contre cette opinion, entre autres allégué celle-ci que la perception auditive serait, l'expérience, due à des cils faisant librement saillie

et formés par des cellules nerveuses terminales; chez les invertébrés des ondulations sonores produites par des vibrations d'une certaine durée, peuvent les mettre en mouvement. Ces mêmes cils auditifs se rencontrent aussi chez les vertébrés inférieurs, au niveau de la tache et de la crête acoustiques (*Maculæ und cristæ acusticæ)* à la surface des cellules qui sont en rapport avec les fibres nerveuses auditives. Ils sont ici destinés, selon toute vraisemblance, à être mis en vibration par les ondulations sonores et à transmettre l'excitation, aux éléments nerveux.

Dans le limaçon de l'homme et des mammifères, on trouve au niveau de la couche de bâtonnets des cellules de Corti, des productions ressemblant absolument aux cils auditifs des invertébrés et à ceux qui sont situés dans le vestibule des vertébrés inférieurs. Ce ne serait donc que justice d'admettre que dans le limaçon, la perception auditive a lieu de la même façon par excitation des bâtonnets à la surface des cellules ciliaires. Grâce à cette analogie, on aura prouvé dans une certaine mesure l'existence de la couche de bâtonnets et on croit pouvoir nier la connexion, avancée par moi, de la membrane de Corti avec l'appareil auditif terminal.

La conclusion que l'excitation des cellules nerveuses terminales par les ondes sonores, dans le limaçon, se produisait absolument par l'intermédiaire de cils auditifs, faisant librement saillie et pouvant aussi se mettre en vibration tout comme chez les invertébrés et dans le vestibule des vertébrés inférieurs, s'imposait d'elle-même, et pourtant elle est fausse. Ces cils auditifs libres dans la première catégorie d'animaux, ont leurs analogues chez les mammifères et chez l'homme dans les cellules auditives de la tache et de la crête acoustiques. Les sensations obtenues avec un limaçon perfectionné ont quelque chose de plus parfait. On en peut juger par les formes rudimentaires de cet organe, à propos duquel on n'a jamais jusqu'ici fait de recherches suffisantes. Selon toute vraisemblance les animaux les plus élevés entendent plus et mieux que ceux des classes inférieures Comment oserait-on prétendre et affirmer que la transmission d'une excitation

ique dans un limaçon aussi perfectionné et aussi diffé-
uisse se faire comme dans les capsules auditives primi-
des crustacés et des insectes ou encore dans le saccule
ricule des poissons? Ce serait vraiment surprenant que
naçon des mammifères et de l'homme, construit d'une
si différente, fût disposé pour la perception des ondes
es, absolument comme les organes des vertébrés et des
ébrés placés tout à fait au bas de l'échelle animale.
ci sont même tout à fait ou à peu près privés de cet
e dont nous sommes si fiers. (*Archiv f. Ohrenheilk.*,
5, H. 1 und 2, 5 août 1887.) M. NATIER.

---

mmodation synergique des deux organes auditifs et de leur dépendance mutuelle.

Gellé a remarqué qu'une légère pression exercée sur
es deux conduits amène aussitôt une diminution de la
ion sonore perçue par l'oreille du côté opposé. Tou-
le phénomène ne se produit qu'autant qu'il existe une
ité absolue de l'appareil récepteur des ondes. Chez une
rique hémianesthésique, il a pu constater qu'en agissant
oreille sourde, on abaissait constamment la force du son
par l'autre, ce qui prouverait que les deux moitiés du
échangent des fibres nerveuses. (*Soc. de Biologie*,
n 1887. — *Progrès méd.*, n° 25, 18 juin 1887.) M. N.

---

czéma de l'oreille (leçon clinique faite par le professeur ADAM POLITZER à l'hôpital général de Vienne).

xiste deux sortes d'eczémas de l'oreille externe : l'*ec-*
aigu vésiculeux et l'*eczéma chronique squameux*.
premier peut se borner à certaine partie de l'oreille
ne ou l'envahir au contraire dans son entier. On voit
aître d'abord des vésicules qui se rompent et laissent à
lace des surfaces humides sur lesquelles apparaissent
t des croûtes jaune clair. Il peut aussi se former des
les purulentes qui crèvent, se sèchent et forment en-
d'épaisses croûtes sous lesquelles persiste l'exsudation
ente.
czéma aigu seul ou combiné avec un eczéma aigu du

visage reconnaît les causes les plus diverses; l'eczéma circonscrit à la portion supérieure de l'hélix est symétrique et se rencontre chez les personnes habituées à dormir sur des oreillers de crin.

Lorsque l'eczéma envahit le conduit il y a altération mécanique de l'ouïe, accompagnée de bruits subjectifs. La marche et la terminaison n'offrent rien de particulier.

Entre l'eczéma aigu et l'eczéma chronique se rangent ces formes subaiguës d'eczémas croûteux et impétigineux surtout localisées à la face postérieure du pavillon et dans les plis et cavités de la conque. Ces eczémas sont douloureux par les démangeaisons qu'ils occasionnent.

L'*eczéma chronique* imprime à la peau des modifications plus profondes. Il se produit une hypertrophie du tissu conjonctif sous-cutané, de la raideur du pavillon et du rétrécissement du conduit.

Il se montre sous deux formes : la forme *croûteuse* comprenant la formation de croûtes avec exsudation séreuse ; la forme *squameuse* caractérisée par de l'hyperhémie et de l'hypertrophie de la peau avec desquamation permanente de l'épiderme.

Comme symptômes, on constate dans l'eczéma chronique de la démangeaison et des bruits subjectifs consécutifs à l'obstruction du conduit.

La marche et la terminaison varient suivant le degré de la maladie de la peau.

Le pronostic, favorable dans les cas légers, l'est beaucoup moins dans les formes très étendues.

Les surfaces atteintes d'eczéma doivent être toujours protégées à l'aide d'un corps gras ; l'eczéma intertrigo sera recouvert de poudre de calomel. On peut dans certains cas d'eczéma aigu douloureux recommander l'application de compresses froides avec addition d'acétate de plomb. L'icthyol aurait rendu de grands services. Les croûtes ne seront jamais détachées violemment, il faudra les faire ramollir avant de les enlever, après quoi on procédera à l'application de pansements par des onguents.

à l'eczéma squameux, on l
res par des badigeonnages ı
; par l'auteur. L'épiderme ‹
›rd le ramollir après quoi on
ıis de tous les remèdes, le pl
ımeux du conduit auditif ‹
írisations avec des solution

cidives seront évitées par
ıntinués avec une légère coı
anc ou avec une pommad‹
uits subjectifs et l'altération
ec la guérison de l'eczéma, n
ıs. Chez les enfants la médi‹
›urra dans certains cas ab:
nnales des maladies de l'oreı

. procédé d'asséchement du
r sec et chaud, par les Drs Coı
r (du Mans.)

ıt en otologie, on a besoin
t que possible les parois du
› la membrane tympanique.
er l'air sec et chaud ; pour
fournir un courant sec et
›n du Fougeray a fait subir :
licamenteuses de la caisse d
ırrière, quelques modificati‹
ıns la pratique, il suffit de d
air à 30° bien sec, qui p
e grands services. (*Ann. d*
let 1887.)

ıarrhale aiguë double. Enc
atarrhalis acuta duplex. Excepı
Ieiman, de Varsovie.

›yait jusque dans ces derı
, la méningite, la phlébite,

la septicémie consécutives aux affections de l'oreille, résultaient toujours d'une inflammation purulente et, le plus souvent, d'une suppuration chronique avec ou sans carie du temporal. L'observation que l'auteur présente doit être rapprochée, d'après lui, de celles de Wendt, Zaufal et Schwartze, qui ont les premiers montré qu'un simple catarrhe de la caisse avec sécrétion séreuse ou muqueuse et sans perforation du tympan peut donner lieu aux mêmes accidents mortels.

Le sujet, un homme de trente-trois ans, d'une excellente santé habituelle, ne présentait aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel. La maladie débuta par un catarrhe aigu nasal et guttural.

Deux jours après le début, élancements d'oreille qui durèrent un jour, et surdité. Au bout de cinq jours, le malade prit un bain au sortir duquel il éprouva un frisson, du vertige, de la douleur de tête limitée au côté gauche, faiblesse, vomissements, constipation; les élancements d'oreille reparurent plus forts et un médecin qui vit le malade ne constata pas de fièvre (?). Il prescrivit du calomel. Amélioration rapide, le mal de tête, les vomissements et la douleur d'oreille disparurent, le vertige et l'état nauséeux diminuèrent, la surdité persista ainsi que la faiblesse générale. Deux jours après, la douleur d'oreille reparut et l'oreille gauche présenta un léger écoulement muqueux, pas de fièvre.

C'est à ce moment que l'auteur vit le malade pour la première fois. Il constata une rougeur des tympans, un peu de convexité de leur moitié supérieure et une étroite perforation du côté gauche; perception osseuse intacte. La température était à 37° 2, il y avait de la faiblesse générale, de la pesanteur de tête, des vertiges, un peu de constipation. La douche d'air améliora notablement l'ouïe. Peu de temps après, l'oreille droite donna également issue à un peu de mucosité, amélioration notable; des symptômes précédents il ne persiste que de la pesanteur de tête, de la faiblesse, de l'irritabilité et un facies qui exprime une dépression générale.

seizième jour depuis le début des
› prolongée et tout à coup, le mala
vive de toute la tête, frisson, vert
s, température 38° 8, le pouls pleir
, la figure est grippée, les pupilles
xtrême. Le sensorium n'est pas trè
xtrémités supérieures, mouvement
inférieurs. Le soir, frisson d'une he
90. Les symptômes précédents per
cloniques des extrémités.
lendemain, T. 36° 5, pouls filiforme
uche est déviée à droite, respiratic
xtrémités inférieures et du bras ge
ques du membre supérieur droit,
. Mort le soir du même jour.

utopsie n'ayant pu être faite
moins à établir d'après l'analyse
ésions cérébrales étaient bien u
ction catarrhale de l'oreille. Il in
ser, par quelles voies l'inflamma
u cerveau ; et quant à la nature
nse que dès le début de la malad
bstance cérébrale avait été atteir
iers symptômes observés ; que, c
cette inflammation avait paru
nt derrière elle ses conséquenc
. — Cette inflammation aurait su
l'influence d'une cause quelcon
nmation diffuse du cerveau et de
ernières heures, phlébite et th
dernière complication paraissa
n du soir du seizième jour, l'élé
chute rapide de la température
A., 1887, n° 9.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Arloing. — Pharynx, anatomie et physiologie (*Dict. des sc. méd. de Dechambre*. 1887).

Arnozan et **Moure.** — Pharynx, pathologie (*Dict. Encycl. des sc. med. de Dechambre*, 1887).

Authenac. — Des grenouillettes ou kystes muqueux du vestibule de la bouche (*Thèse de Montpellier*, juillet 1887).

Bobone. — Syphilis héréditaire avec lésions graves de la joue, de la langue, du voile palatin, de l'oreille, etc. (*Bollet. dell mal. dell' orecch.*, etc., n° 6, 1er novembre 1887).

Bobone. — Syphilis phéréditaire, lésions graves de la peau, de la langue, du voile du palais, de l'oreille, du larynx et de la trachée (*Bollet. delle malat. della gola, etc.*, an. V, n° 6, Florence, 1887).

Biondi (D.). — Les micro-organismes pathogènes de la salive (*Bresl. Aerzt. Zeitsch*, n° 18, septembre 1887).

Bimar et **Lapeyre.** — Recherches sur les veines du pharynx (*Acad. des sc.* Paris, 31 octobre 1887).

Boucomont. — Angine arthritique (*Union méd. de la Seine-Inférieure*, 25e année, Rouen, 1887).

Broca (A.). — Contribution à l'étude du développement de la face; études sur le bec de lièvre complexe de la lèvre supérieure (*Ann. de Gynécol.*, août, sept., oct. 1887).

Broca. — Pharyngotomie, pharyngectomie (*Dict. des sc. méd. de Dechambre*, 1887).

Brugia. — Deux cas rares de lésions unilatérales de la langue (*Arch. ital. per le mal. nerv. Milano*, 1887, XIV, 58-77).

Buonanno. — Amputation de la langue avec l'écraseur (*Annali degli Incurabili*, nos 3 et 4, mars et avril 1887, Naples).

Chittick (W. R.). — Ulcération pseudo-membraneuse de la gorge (*Tr. Mich. m. soc. Detroit*, 1887, 161, 166).

Condamin. — Brûlure de la bouche par une fusée (*Soc. des sc. méd. de Lyon, Lyon méd.*, n° 46, 13 nov. 1887).

David. — La stomatite aphteuse et son origine (*Arch. gén. de méd.*, sept., oct. 1887).

Erben. — Paralysie du pharynx et du larynx dans l'hémiparalysie bulbaire (*Wien. med.*, Bl., 1887).

Eraud (J.). — Stomatite aphteuse entretenue par des cautérisation au nitrate d'argent. Grenouillette parotidienne aiguë (*La prov. med.*, 15 octobre 1887).

Fortunet (H. D. de). — Note sur quelques cas de tumeur des gencives (*Rev. de Chir.*, n° 10, oct. 1887).

Gangolphe. — Résection du maxillaire inférieur (*Lyon méd.*, n° 45, 6 novembre 1887).

Giacich. — Importance de l'examen de la langue au point de vue du diagnostic et du pronostic (*Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1887, XXIII, 441,444).

Glascow. — Un cas de leucoplasie buccale; guérison (*The* 22 octobre 1887).

Grancher. — Du noma (*Journ. des conn. méd.*, 7 oct. et 2

Gray Croly (H.) — Tumeur maligne de l'amygdale (*The Di med. sc.*, oct. 1887).

Green. — Application locale du liquide de Condy dans la g que (*The Lancet*, 12 nov 1887).

Griffini. — La reproduction des organes du goût : étu (*Rend. del R. I. Lombar, etc.*, II, vol. 20, etc.).

Guerini. — Obturateur du voile du palais (*Giornale I* an. IX, n° 10, Naples 1887).

Guinon. — De la desquamation épithéliale de la langue (*Revue mens. des mal. de l'enfance*, sept. 1887).

Hartzell. — Plaques bénignes transitoires de la langue, glo (*Med. news*, 29 oct. 1887).

Henry (L.). — Affection spéciale de la langue ressemblant à bœuf (*Austral. med. J., Melbourne*, 1887, n. s., IX, 2

Hirtz. — De la stomatite confluente bénigne et de son traite *Journ. de méd. et de chirurg. prat.*, novembre 1887).

Hind (A. E.). — Sarcome myéloïde de la joue, enlèvement du rieur; guérison (*Lancet, London*, 1887, II, 214).

Hobbs. — Un cas de blessure inaccoutumée de la langue (T 17 juillet 1887).

Hobbs. — Phénomène nerveux observé dans un cas de d partie antérieure de la moelle à la suite d'une ulcération d rieure du pharynx (*Saint-Louis Med. and surg. journ.*,

Ja'a. — Contribution clinique à l'étude de la lésion spéc inférieure (*Giorn. ital. delle malat. vener., etc.*, juill

Judée. — Action du système nerveux sur la production de *des sc.*, 7 novembre 1887).

Knight (C. H.). — Le galvano-cautère dans le traitement d des amygdales (*The N.-Y med. journ.*, 24 sept. 1887).

Kostanecki (C.). — L'ouverture tubaire du pharynx, ses cavité naso-pharyngienne (*Arch. f. mikr. Anat.*, Bonn, X 592, 2 pl.)

Koch (P.). — Considérations sur les paresthésies des premièr (*Ann. de l'oreille et du lar.*, n° 11, nov. 1887).

Kocher. — Epithélioma de la langue et des ganglions, opéré de Kocher (*The Lancet*, 15 octobre 1887).

Kumar. — Glossite (*Wiener med. Blatter*, X, 19, 1887).

Legneu. — Un cas de dyspnée pseudo-asthmatique dans le c du pharynx (*Gaz. méd. de Paris*, 5 nov. 1887).

Leoni. — Des certaines toux rebelles et de leurs rapports conformation de la luette (*Riforma medica*, an. III, n° 2

Lockhart. — Epithélioma de la langue, extirpation (22 octo

Lürhmann. — Traitement de la fissure palatine (*Inaug. Diss*

Lunn (J. R.). — Trois cas d'excision de la langue (*Proc. M Chir. Soc.*, 1884-86. Lond. 1887, II, 92, 94).

Major. — Nouvel instrument pour enlever les productions voûte du pharynx (*Can., m. and s. j.*, nov. 1887).

Marmaduke. — Glossite aiguë compliquée de fissures (*Med. soc. of Lond.*, 7 nov. 1887).

Menger. — Hémorragie de la bouche chez un enfant de 9 jours, atteint de stomatite parasitaire ; autopsie et examen microscopique (*Daniel's Texas m. J.*, Austin, 1887-8, III, 35-40).

Mikulicz. — Méthode opératoire dans la pharyngotomie latérale (*Przegl. les Krakow*, 1887, XXVI, 351).

Magitot. — Sur la glossodynie (*Acad. de méd.*, 18 oct. 1887).

Nauwerck (G.).—Etude sur la muqueuse du pharynx (*Inaug. Dissert. Halle A. S. Druck* vom E. Kanas, 1887).

Pitres. — Préoccupations hypoc. local. sur la langue (*La Trib. méd.*, 16 octobre 1887).

Poyet. — Ulcérations imaginaires de la langue (*Journ. des connaissances méd.*, 20 octobre 1887).

Rappin. — Micro-organismes de la cavité buccale des animaux (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 octobre 1887).

Reclus. — Kyste dermoïde du plancher de la bouche (*Gaz. des hôp.*, 3 nov. 1887).

Relton (B.). — Cas grave de glossite aiguë (*Lancet, London*, 1887, II, 112).

Robertson. — Hypertrophie de la langue et des amygdales (*British med. journ.*, 19 nov. 1887).

Rothman (A.). — Papillome de la bouche (*Oesterr. ungar. Vrtljschr. f. Zahnh, Wien.*, 1887, III, 204-209).

Sanderson. — Vaisseau pulsatile du pharynx (*Brighton a. Sussex med. Chir. Society*, 1er sept. 1887).

Sauer-Chryscinics. — Appareil pour fracture du maxillaire supérieur (*Deuts. med. Ztg*, no 83, 17 oct. 1887).

Schulthess. — Un cas de rhinosclérome (*Deuts. Arc. f. Klin. med.*, Bd LI, 1886).

Seiss (R.). — Rapports de la pharyngite chronique avec les inflammations des fosses nasales et de l'oreille (*Med. news*, 22 oct. 1887).

Sota y Lastra. — Angine de Ludwig (*Rivista med. de Sevilla*, 15 octobre 1887).

Testut. — Plexus pharyngien (*Dict. Encycl. des sc. med.*, 1887).

Trélat. — Epithélioma de la langue, du plancher de la bouche et du pilier antérieur du voile du palais (*Gaz. des hôp.*. 17 novembre 1887).

Vaquez (H.). — Altérations dentaires dues à la scrofulo-tuberculose et reproduisant le type des dents réputées syphilitiques (*Ann. de dermat. et syphilig.*, nos 8-9, 1887).

Verneuil. — Des ulcérations imaginaires de la langue (*Acad. de méd.*, Paris, 27 sept. 1887).

Vilpel. — (Service du doct. Després). Cancer de la langue. Ablation de la langue avec l'écraseur (*Journ. des conn. méd.*, 13 oct. 1887).

Vignal (W.). — Recherches sur les micro-organismes de la bouche et sur quelques substances alimentaires (*Arch. de phys.*, no 7, oct. 1887).

Wharton. — Sept cas de stomatite gangréneuse (*The. med. a. surg., rep.*, 17 sept. 1887).

Wheeler (W. J.). — Cas de pharyngotomie (London, 1887, Baillière, Tindall et Cox, 12 p., 1 pl., 8o).

Zuckerkandl. — A propos de l'hémorragie après l'amygdalotomie (*Med. Jahrb.*, 1887).

Nez et Pharynx nasal.

Arnozan. — Affections cutanées du nez et les affections profo nasales (*Assoc. franç. pour l'avanc. des Sc.*, Toulouse, 1

Arvizet. — Contribution à l'étude du tissu érectile des fosses *de Lyon*, août 1887).

Bassini. — Résection ostéoplastique du nez pour l'extirpati (*Assoc. méd. italienne, sect. chirurgie*, 1887)

Beverley Robinson. — Note sur une cause fréquente de nez (*The N.-Y. med. Journ.*, 24 sept. 1887).

Beuder. — Du rhinosclérome (*Centralb. f.* etc., I, 19).

Braun. — Cas de tumeur du naso-pharynx (*Intern. klin.* n° 27, 1887).

Bride (M.). — Tumeur naso-pharyngienne (*Med. Chir. Soc. J.*, octobre 1887).

Bryson Delavan. — Traitement du coryza atrophique par l de courants galvaniques (*The N.-Y. med. Journ.*, 22 oct.

Bryson-Delavan. — Sur l'étiologie des déviations de la c (*The New-York med. journ.*, 12 nov. 1887).

Campbell. — Asthme réflexe occasionné par les malad. du ne *Lancet Det. Mich*, oct. 1887).

Chapman Jarvis. — Cas unique d'occlusion des narines ap *New-York med journ.*, 12 nov. 1887).

Chappell. — Injections sous-muqueuses dans les maladies de nez (*The med. Rec.*, 22 oct. 1887).

Dittrich. — Du rhinosclérome (*Zeitsch. f. Heilk*, VIII, 2, 3,

Donagh (M. G. R.). — Rhinosclérome (*Can. Pract.*, sept., 18

Farago — Coryza sign des nouveau-nés (*Arch. of pediatric*,

Felici. — Terminaison rare de la rhinite scrofuleuse (*Bollet. dell'Orecch.*, *etc.*, n° 6, 17 nov. 18.7).

Ficano (G.). — Difformité ou cause de la déviation nasale méthode de Bosworth (*Gaz degli Ospit.*, 9 oct. 1887).

Frigerio. — Localisation du centre olfactif (*Assoc. méd. italie* Pavie, 1887).

Garel. — Traitement des polypes du nez au moyen de l'anse que (*Prov. méd.*, 29 oct. 1887).

Garel. — Végétations adénoïdes du pharynx nasal (présentati (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, *Prov. méd.*, 15 oct. 1887).

Guye. — De l'aprosexie, ou impossibilité de concentrer son a sujet déterminé par suite de lésions du nez (*Deuts. med.* 27 oct. 1887).

Hajek. — De l'ozène (Disc. à la *Soc. Imp. de Vienne*, i p. 468, 16 nov. 1887).

Herzog. — Sécrétions purulentes du nez (*Mittheil. des Verei Steiermark.*, 1887).

Hintrel Whitehill. — Irrégularités de la cloison du nez comme facteur étiologique du catarrhe du nez (*N.-Y* 1er oct. 1887).

Hohlbeck. — Un cas d'extirpation de polype naso-pharyngien (*Protoc. Sosed Kamkask. med. obtsch.*, n° 13, 1886-87).

Horand. — Syphilide acnéique du nez (*Lyon méd.*, 16 oct. 1887).

Kayser. — Importance du nez et des premières voies respiratoires pour la respiration (*Pflüger's Archiv.*, XLII, 1887).

Kemp P. Battle. — Méthode ingénieuse pour enlever les polypes du nez (*The med. Rec.*, *N.-Y.*, 1er oct. 1887).

Kostanecki. — De l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache (*Arch. f. Mikrosc. Anat.*, juin 1887).

Limont. — Végétations adénoïdes (*The British med. journ.*, 19 nov. 1887).

Luc. — Asthme héréditaire, accompagné de lésions de la muqueuse nasale. Amélioration (*Thérap. contemporaine*, 14 oct. 1887).

Mac Coy (A.). — Etude comparative des meilleurs modes de traitement pour guérir l'occlusion des fosses nasales postérieures (*The N.-Y. med. j.*, 22 oct. 1887).

Mackenzie (J. N.). — Le réflexe nasal pathologique, étude historique (*Soc. de laryngol. d'Améric.*, in *N.-Y. med. Journ.*, 20 août et *Ann. des mal. de l'or.*, n° 10, oct. 1887).

Moure. — Tumeur nasale (*Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 octobre 1887).

North (J.). — Catarrhe naso-pharyngien chronique.

Parcidt. — Kystes dentaires et de l'antre d'Highmore (*Deuts. Monats. f. Zanheilk.*, VI, 6, 1887).

Peyre-Porcher. — Opération pour la déviation de la cloison (*Med. News*, 1er oct. 1887).

Pollosson. — Des polypes muqueux des fosses nasales et leur traitement (*La Prov. méd.*, 8 oct. 1887).

Rafin. — Lupus du nez (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 2 nov. 1887, et *Lyon méd.*, 20 nov. 1887).

Rawdon (H.-G.). — Déformation congénitale du nez avec autre malformation de la face (*Liverpool M. Chir. J.*, 1887, VII, 289-292).

Richardson. — Eternûment spasmodique (*British med. Journ.*, 15 oct. 1887, corresp.).

Reimann (W.). — Des micro-organismes des sécrétions dans les cas d'ozène (*Inaug. Dissert. Würzburg*, P. Scheiner, 1887).

Rios-Ruiz. — Relation entre l'asthme et quelques maladies des fosses nasales (*Rivista med. de Chile*, nos 8 et 9, févr. et mars 1887).

Roth (W.). — Maladies de la muqueuse du nez; rapport avec les autres organes; traitement (*Centralb. f. die gesammte Therapie*, oct.-nov. 1887).

Ruault (A.). — De l'emploi de la cocaïne comme hémostatique dans le traitement de l'épistaxis et en rhino-chirurgie (*France méd.*, 1er octobre 1887).

Rufus Lincoln. — Tumeur naso-pharyngienne récidivée, guérie par l'électrolyse (*The N.-Y. med. J.*, 22 oct. 1887).

Saint-Philippe. — Allaitement par le nez et discussion par Négrié et Moure à la *Soc. de méd. de Bordeaux* (*Journ. de méd. de Bord.*, 23 octobre 1887).

Schech (Ph.). — De l'asthme (*Münch. med. Woch.*, 11 octobre 1887, n° 41).

ıes cas de larves vivantes dans les cavités du nez et
zas M. J , Austin, 1887, 8, III, 46).

noselérome (*Ziemssen's Archiv.*, **Bd 41, p. 1, 2.**

chronique comme cause de l'acné de **la face** (*The*
I. Assoc., 5 nov. 1887).

chez les adolescents (*Med. News*, **29 oct.** 1887,
ıc., p. 513).

étrangers des fosses nasales (*Rivista med. de*

nez (*The British med. journ.*, 19 nov. 1887).

éome de l'ethmoïde (*Archiv. f. Klin. Chir.*, **Bd.**

ıal (*The med. Record*, 12 nov. 1887).

ıns adénoïdes (*Norsk Magazin for Laegeri-*

aliénés (*Arch. di Psichitria, etc.*, livraison 4,

ıns opératoires dans certaines tumeurs récidivantes
ı-cavité du nez (*Arch. de Laryngol. et de Rhin.*,

Liverpool Med. clinic. J., juillet 1887).

ıtiformes consécutives à la cautérisation du nez
37).

on de l'orifice du nez. Opération, amélioration
., 15 oct. 1887).

et fistule du sac lacrymal consécutivement à une
ıore (*Allg. med. Cent. Ztg*, L, VI, 37-38 39, 1887).

ırynx et Trachée.

ı cas de fracture du larynx (*Can. Prat.*, nov.

ıtion du larynx (*La Pratique méd.*, 22 novem-

ıement et aphonie (*Bristol med. chir. Journ.*

ıleuse (*The Lancet*, 22 octobre 1887, corresp.).

ant séjourné trois semaines dans le larynx (*The*
assoc., octobre 1887).

hémorragie répétée de la corde vocale (*The N.-Y.*
887).

ınx (*Memorabilien*, XXVI, 9, 1887).

une observation de trachéotomie dans un cas de
ıe (*Marseille méd.*, 30 sept. et *Progrès méd.*

l'extirpation totale du larynx (*Inaug. Dissert.*
1887).

inistration du chloroforme dans la trachéotomie
ic., n° 3, 15 novembre 1887).

Bouchaud. — Aliénation mentale et mutisme hystérique (*Journ. des sc. méd. de Lille.*, 14 et 21 octobre, et *Ann. médico-psychol.*, n° 2, septembre 1887).

Bouchut.—Le Tubage du larynx et la trachéotomie au Congrès de Washington (*Paris méd.*, 15 octobre 1887).

Bresgen. — Laryngoscopie (*Separat. Abd. aus der Real Encyclop., etc.*, 1887, *Druck von Gottlieb Gistel et Cie Wien.*

Bresgen. — Le larynx (anatomie) (*Separat. Abd. aus der Real Encyclop., etc.*, 1887, *Druck von Gottlieb Gistel et Cie, Wien*).

Chabanet.—Le Tubage du larynx dans le croup (*Paris méd.*, 22 octobre 1887)

Charazac. — Expulsion spontanée d'un polype du larynx (*Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, Toulouse, 1887).

Charters J. Simonds. — Tubage du larynx (*Brit. med. Journ.*, 19 novembre 1887).

Clifford Beale. — Un cas de lymphome affectant le larynx, les yeux, etc. (*The Lancet*, 15 octobre 1887).

Cohen. — Une trachéotomie difficile (*The Polyclinic*, octobre 1887).

Dello Strologo. — Mutisme hystérique : guérison par l'hypnotisme (*Morgagni*, an. XXIX, n° 10, octobre 1887).

Espina y Capo (A.). — Période anémique de la tuberculose laryngo pulmonaire (*Rev. de med. y cirurg. prat.*, 1887, XX, 617-625, XXI, 5-13).

Ferreri. — Cathétérisme pour sténose syphilitique dn larynx (*Lo Sperim.*, fasc. 6, p. 609, 1887).

Frænkel (B.). — Guérison primitive d'un cancroïde du larynx après ablation par les voies naturelles (*Archiv. f. Klin. Chirurgie*, XXXIV, 2, 1887).

Gallet. — Le tubage de la glotte (*La Clinique*, 17 novembre 1887).

Gleitsmann. — Hématome traumatique du larynx (*The med. Rec.*, 29 octobre 1887).

Hache. — De l'extirpation du larynx (*Le Bulletin méd.*, 23 novembre 1887).

Hahn. — Extirpation du larynx (*Bulletin méd.*, 23 novembre 1887).

Hartwich (H.). — Innervation du larynx; paralysie et contracture des cordes vocales (*Inaug. Dissert. Iena, Druck* von B. Engau, 1887).

Holmes (G.). — Histoire de la laryngologie depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours (Berlin, 1889, Verlag von A. Hirschwald N.W.).

Holmes (Gordon). — Paralysie des abducteurs des cordes vocales (*The Lancet*, 22 et 29 octobre 1887).

Hooper (F.). — Anatomie et physiologie des nerfs récurrents (*N.-Y. med. Journ.*, juillet et août et traduit in *Ann. de l'oreille, etc.*, nos 10, 11 et suiv,, octobre, novembre et suiv., 1887).

Johnston. — Tubercules de la trachée. Présentation de pièces pathologiques (*Can. med. et surg. J.*, octobre 1887).

Johnson. — Cancer du larynx (*The N.-Y., med. Jour.*, 24 septembre 1887).

Jurist. — Un cas de sarcome du larynx (*Med. News*, 22 octobre 1887).

La Count. — Corps étrangers des voies aériennes (*The Journ. of amer. med. assoc.*, 17 septembre 1887).

Landgraf. — Affections laryngées dans le cours de la pneumonie fibrineuse (*Charité Ann.*, XII, 1887).

— Cause peu co
., 19 septembre. M

— Vues récentes
a gorge et du la

»ution à l'étude d
»érichondrite syphi

(J.). — Remarque
ı city Hopital » de

cas de sténose de l
(*Deuts. med. W*

La créosote dans
Deuts. med. Woc

ıur la lèpre en E
ırcs) (*Arch. of la*

ıx cas d'abcès idiop
7).

ffections de l'artic
septembre 1887).

n sous-glottique d
pt. 1887, et *As*

Contribution à l'
medica, an. III,

laryngé associé à
I).

'ormation du regis
5.).

Présentation d'un p
, Schmid's Jahrb.,

La maladie du
7).

— Un cas de sté
ressive (*The N.-Y*

pithélioma de l'é
1887).

. — Hémiparalysie
eniens (*Medycyn*
' 4, octobre 1887).

ıu membranoïde

Ulcération de la t
mbre 1887).

1 de trachéotomie

erculose et syphili
' *terap*. in *Franc*

aitement de la pl
'*ien. med. Presse*,

Rossbach. — De la toux nerveuse et de son traitement (*Berl. Klin. Woch.*, nos 43, 44, 24-31 octobre 1887).

Rushton Parker. — Cas d'extirpation partielle du larynx, etc. (*British med. Journ.*, 19 novembre 1887).

Saundby (R.). — Paralysie des adducteurs des cordes (Corresp. de *The Lancet*, 29 octobre, p. 898).

Schech. — Contribution à l'étude de la syphilis des poumons, de la trachée et des bronches (*Internat. Klin. Rundschau*, n° 5, 1887, *in Intern. Centralb f. Laryng.*, n° 5, novembre 1887).

Schmidt (M S.). — De la trachéotomie dans la phtisie laryngée (*Deuts. med. Woch.*, n° 43, 27 octobre 1887),

Schoppe (H) — Hygiène de la voix. Etude de l'influence du massage appliqué au larynx. Une observation. (Bon, 1887. Haustein, 8o.

Semon. — Paralysie des dilatateurs de la glotte (Corresp. de *The Lancet*, 5 novembre 1887).

Ter Maten. — Kyste hématique du larynx (*Nederl. Tidjdschr. V. Genersk. Amst.*, 1887, XXIII, 679).

Tillaux. — Trachéotomie pour un cancer du larynx (*Gaz. des hôp.*, 24 novembre 1887).

Tissier. — Cancer du larynx (*Gaz. des hôp.* 19 novembre 1887).

Tonini. — Spasme de la glotte consécutif à traume (*Rassegna S. med.*, an. II, n° 11, Modène, 1887).

Virchow (R.). — Réflexions sur les parties malades enlevées du larynx de Son Altesse Impériale et Royale le Kronprinz et lui ayant été communiquées (*Berl. med. Gesells.* 16 novembre 1887, in *Berl. Klin. Woch.*, n° 47).

Virchow. — Cancer de la trachée (*Le Bulletin méd.*, 23 novembre 1887).

Wargunin (B.). — Des micro-organismes du conduit aérien chez les animaux sains (*Wratch.*, 13-87, *Deuts. mediz. Ztg*, n° 91, 1887).

Wegener. — Paralysie des muscles du larynx comme symptôme du tabes dorsalis (*Inaug. Dissert.*, Berlin 1887).

X... — Sur le vertige laryngien (*La méd. contemp.*, 1er novembre 1887).

X... — Une épingle dans le larynx (*The Polyclinic*, octobre 1887).

Oreilles

Baratoux. — De quelques altérations de l'oreille interne dans la syphilis héréditaire (*Progrès méd.*, 29 octobre 1887).

Baracz (B.). — Excision du tympan et du marteau dans la sclérose de la caisse. Contribution à la chirurgie de l'organe de l'ouïe (*Wien. med. Woch.*, nos 10-11, 1887).

Barth (A.). — Des progrès de l'anatomie et de l'histologie normale et pathologique, ainsi que de la physiologie de l'organe de l'ouïe et du naso-pharynx dans la première moitié de l'année 1887 (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XVIII Bd, I H, novembre 1887).

Barth (A.). — Détermination de l'acuité auditive (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XVIII Bd, I H., novembre 1887).

Barth (A.). — De la décroissance du son avec les diapasons tenus à distance (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, VIII Bd, I H., novembre, et *Arch. of Otol.*, septembre 1887, n° 3).

ogrès de la pathologie et de la thérapeutique la première moitié de l'année 1887 (*Zeits.* novembre 1887).

cerveau provenant d'une affection de l'oreill 1887. *Arch. pediat.*, avril 1887).

In cas de surdité verbale (*Soc. med. chir. di sc. med.*, octobre 1887).

diagnostique du procédé de Rinne (*Arch.* S, etc).

ux cas d'otite purulente chronique avec abcè *sse méd. belge*, n° 8, fev. 1887).

lier corps étranger de l'oreille occasion *Gaz.*, février 1887).

htérie et le traitement balsamico-hydrargir in. V, n° 6, Naples, 1887).

rysme de la carotide interne gauche dans le relet (*Normandie méd.*, 15 novembre 1887)

olie mélancolique et autres troubles men ns otopiésiques de l'oreille (*Acad. des sc*

- Polypes de l'oreille et leur traitement (*A* re 1887).

Un cas de perte rapide et presque totale de ns. — Syphilis héréditaire comme cause ap ie après l'emploi de l'iodure de potassium bre 1887).

malies de l'oreille (*Arch. di Patolog. in*

te moyenne suppurée avec perforation du t ans (*Arch. de med. y cir. de los niños*,

itement des suppurations de l'oreille (*The* octobre 1887).

). — Des bourdonnements (*North Carol. m*

l'otologie (*Gaz des Hôp.*, 24 nov. 1887).

oncrétions calcaires de l'oreille externe (*The* obre 1887).

L.). — Absence congénitale de la portic *da Med. and surg. J.*, mars 1887).

ype de la caisse sans perforation du tym e 1887, n° 3).

de pour introduire la sonde dans la tromp ndance du *Journ. of Am. med. Assoc*, 15

— Apparition d'une otite moyenne purulente ire manifeste dans trois cas de tubercul VIII Bd, I H., novembre 1887).

me de la membrane du tympan (*Verh. d.* 1887, N. F. Bd., 20. S. 73 .

— Inflammation suppurative des cellules 45, 6 novembre, et *Gaz. méd. de Paris*, 12

Foster. — Abcès du cerveau consécutif à une lésion temporale (*The New-York med. journ.*, 8 octobre 1887).

Frothingham (G. E.). — Indications pour la perforation artificielle de l'apophyse mastoïde et du meilleur procédé opératoire (*Med. Reg.*, 17 septembre 1887).

Fulton. — Inflammation primitive des cellules mastoïdiennes (*Med. Reg.*, 7 septembre 1887).

Gellé. — De la valeur séméiotique de l'audition de la parole suivant les âges, (*Soc. de Biologie*, Paris, 5 novembre 1887).

Gellé. — Physiologie de l'oreille interne (*Tribune méd.*, 16 octobre 1887).

Gomez de la Mata. — Otite herpétique (*Gaceta de Oftalmol, ot., y lar.*, 15 octobre 1887).

Goris (Ch.). — Note sur l'emploi de l'iodol dans le traitement de l'otite purulente chronique. (Bruxelles, E. Ramlot, 1887).

Grissom (E.). — Existe-t-il quelques rapports entre la surdi-mutité et la folie (*Amer. Journ., of Insanity*, octobre 1887).

Hartmann. — Nécrose du limaçon (*Arch. of. Otol.*, sept. 1887, n° 3).

Hartmann. — Représentation graphique des résultats obtenus par l'examen de l'oreille avec le diapason (*Archiv. of Otol.*, sept. 1887, n° 3).

Hartmann (A.) — Kyste du pavillon de l'oreille (*Zeits. f. Ohrenheilk.* XVIII Bd, 1 H., novembre 1887).

Jaia. — Considérations sur la diphtérie et son traitement avec la résorcine (*Morgagni*, n° 9, septembre 1887).

Josatto. — La diphtérie cutanée (*Riv. veneta, etc*, juillet 1887).

Keown (Mac.). — Perforation de la membrane du tympan avec un instrument triangulaire pour avoir une ouverture permanente (*Braithw. Retrosp.*, janvier 1887).

Koll (Th.). — Compte rendu de la section otiatrique de la soixantième réunion des naturalistes à Wiesbaden (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XVIII Bd, I H., novembre 1887).

Lenhard. — L'oreille moyenne chez le nouveau-né (*Thèse Paris*, 1887).

Levrat. — Corps étrangers de l'oreille externe (*Prov. méd. Lyon*., 1887. II, 407,

Malancy. — Otophone historique, sa valeur (*Arch. of Otol.*, n° 3, septembre 1887).

Massa. — Diphtérie des oiseaux et diphtérie des petits enfants (*Modène*, 1887).

Masucci. — La fièvre de la diphtéritis sans diphtérie, etc. (*Rivista clin. é terapeut.*, an. IX, n° 11, Naples, 1887).

Ménard et **Haquin.** — Accidents épileptiformes et vertige de Ménière (*Journ. des sc. méd. de Lille.*, 30 sept. 1887).

Middlemass. — Syncope alarmante à la suite d'injections faites dans l'oreille (*The Lancet*, 15 octobre 1887).

Mumford (S.-E.). — Maladie des cellules mastoïdiennes (*Progress*, Louisville, 1887; 8, II, 9-11).

Murrell. — Particularités de la structure et des maladies de l'oreille chez le nègre (*Med. Reg.*, septembre 1887, et *Congrès de Washington*).

Ortolani (V.). — Surdi-mutité hystérique chez l'hom an. I, n° 9, Naples, 1887).

Percepied. — Otite moyenne aiguë (*Union méd. de* vingt-cinquième année, Rouen, 1887).

Reuling (G.). — Remarques sur le traitement de yeux et des oreilles (*Virginia med month.*, octob

Sexton. — Un cas de vertige consécutif à une otite Discussion (*The pract. soc. of New-York The me*

Spicer (S.). — Abcès chronique du cerveau, consécuti autopsie (*Proc. W. London Med. Chir. Soc.*, 1 II, 110-113).

Steinbrügge (H.). — Examen par le diapason (Z XVIII Bd, I H., novembre 1887).

Stroud. — Injection de l'oreille (*South. med. Rec.*,

Suñes (L.). — Épithélioma de l'oreille (*Revista de la* octobre 1887).

Teichmann (L.). — Trois cas rares de vice de confo l'ouïe, suivis de surdité (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, X bre 1887).

Turnbull (L.). — Instruments pour améliorer l'audit bre 1887).

Venturi.— Sur l'ouïe des épileptiques (*Arch. di Psic* 1886).

Webster. — Quelques-unes des causes des affecti l'oreille moyenne : meilleur moyen de les éviter *med. Assoc.*, 8 oct. et voir dernier Index).

Williams. — Aspergillus causé par un bain (*Med a* Louis, octobre 1887, n° 4).

X... — Singulier corps étranger de l'oreille (*Med. Pre*

X... — Cas tirés de la clinique pour les maladies de la gorge (*Atlanta med. a. surg. J.*, octobre 1887)

Croup et Diphtérie.

Babier. — Résultat pratique pour diminuer la di *Lancet, Det. Mich.*, oct. 1887).

Casadesus (R.). — Pharyngo-laryngite diphtéritique. (*Revista de Laring., Otol., etc.*, n° 4, oct 1887).

Chabanet. — Tubage du larynx dans le croup (*Par*

Donnell (Mac R. L.). — Perte des réflexes rotuliens *nada medical and surg Journ.*, oct. 1887).

Douglas (C.). — Quelques réflexions sur la nature de *M. Soc. Detroit*, 1887, 167-179).

Dwyer (O.). — 50 cas de croup traités par le tu 29 oct. 1887).

Fidelin. — Résorcine dans la diphtérie (*Un. méd. d* 25ᵉ année, Rouen, 1887).

Graham. — Scarlatino-diphtérie (*Can. Pract.*, nov.

Guelpa. — Contribution au traitement de la diphtérie (*Thérap. méd.*, 15 oct. 1887, et *Bull. gén. de Thérap.*, 30 sept. 1887).

Hill (J.). — Notes sur la diphtérie (*The med. Bullet.*, nº 9, sept. 1887).

Johannsen (O.). — Traitement prophylactique de la diphtérie (*St-Petersb. med. Woch.*, nº 37, sept. 1887).

Kœllf. — Causes qui empêchent de sortir la canule chez les diphtéritiques trachéotomisés (*Inaug. Dissert.*, Berlin, 1887).

Malloch (A.). — Rapport sur 19 cas de trachéotomie pour croup diphtéritique (*Canada M. et S. J.* octobre 1887).

Main. — Biodure de mercure dans la diphtérie (*The British med. journ.* 15 oct. 1887, corresp).

Maschka (Von). — Mort subite non précédée des symptômes ordinaires; croup intense du larynx et de la trachée; œdème de la glotte (*Wien. med. Woch.*, 1887, nº 37, 782-784).

Palardy. — Deuxième étude sur le traitement de la diphtérie (*Un. méd. du Canada*, oct. 1887).

Paquet. — Réponse à une étude sur le traitement de la diphtérie du Dr Palardy de St-Hugues (*Gaz. méd. de Montréal*, août 1887).

Putz. — Maladies croupeuses diphtéritiques de nos animaux domestiques, leurs relations avec la diphtérie humaine (*Oesterr. Zeitsch. f. Wissenschaft Veterinær*, Bd. 1, H. 1, 1887).

Ross. — Etiologie de la diphtérie (*Can. Pract.*, nov. 1887).

Scholz (G.). — Paralysie diphtéritique grave, sa guérison par l'hydrothérapie (Berl., 1887, A. Hirschwald, 31 p., 8°).

Stanley Smith. — Diphtérie (*The Brit. med. j.*, 22 oct. 1887).

Snow. — Acide sulfureux dans la diphtérie (*British med. journal*, 8 octobre 1887).

Teissier (J.). — Nature et voies de propagation de la diphtérie (*Lyon méd.*, nº 44, 30 oct. 1887).

Tonini. — Un cas intéressant de diphtérie (*Soc. med. chir. di Modena* in *la Rassegna di sc. med.*, octobre 1887).

Watson. — Biodure de mercure dans la diphtérie (*British med.*, 8 octobre 1887).

Weber. — Rapport sur 200 cas de diphtérie, etc. (*Inaug. dissertat.*, Berlin, 1887).

Wagner (W.-G.). — Oxygénation directe dans le croup substituée à la trachéotomie (*Brit. med. J.*, *London*, 1887, I. 827).

Ziemssen. — Paralysies diphtéritiques et leur traitement (*Klin. Vat.*, nº 6, 1887).

Wellwood. — (J.-M.). — Origine spontanée de la diphtérie et de la fièvre typhoïde (*Th. doct. N.-Orl. Med. et Surg. Journ.*, 1887, 8. N. S., XV, 102-106).

Zimmermann. — Traitement de la diphtérie par l'iodure et le bromure de potassium (*Deuts. med. Woch.*, nº 45, 1887).

Varia.

— Cancer de l'œsophage (*Soc. des Sc. méd. de L* *l*, 29 nov., 1887).

ew (M. J). — Etiologie et bactériologie clinique de *Pétersb. med. Woch.*, nos 39, 40, 41, 42, 1887).

— Bioxyde d'hydrogène ; son emploi sous forme de vap traitement de la diphtérie, etc. (*Med Rec. N.-Y.*,

n. — Dentier arrêté dans l'œsophage depuis quinze m septembre 1887.)

- Thyroïdectomie (*Dict. encycl Sc. méd.*, Paris, 188 6).

. — Gastrotomie pour extraire un corps étranger de l'o *med. j.*, 29 oct. 1887).

— Nouveaux traitements de la coqueluche (*Union*

— Extirpation de la parotide pour un épithélioma de parotidienne étendue à la glande (*Raccoglitore medico* rn. *Centrabl. f. Laryng.*, no 6, 1887).

— Contribution à l'action anesthésique de la cocaïne (, n° 39, sept. 1887).

h. — Goître exophtalmique partiellement guéri. Tul (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, n° 45, 6 n

. — Déglutition de dentiers artificiels (Corresp. de 1887, p. 946).

Un cas de greffe animale avec la peau de grenouille ° 10, 16 novembre 1887).

— Goître exophtalmique (*Med. chirg. soc.*, in *Edimb.* 7).

g (L.). — Thyroïde, physiologie (*Dict. encycl. Sc. méd* VII, 467-470).

g (L.). — Thyroïde, corps ou glande, anatomie (*Dict* l. Paris, 1887, 3 S., XVII, 453-455).

et **Coats**. — Perforation de l'œsophage et de l'aorte *w. med. journ.*, juillet 1887).

— Sonde à demeure pour l'œsophage (*Wien. med. Woch*

(E.) — Résultats consécutifs à l'extirpation des gland ou (*Zeits. f. Heilk. Prag.*, 1887, VIII, 191-228).

l. — Dilatation de l'œsophage (*Soc. pathol. de* 22 octobre 1887).

— Traitement de la coqueluche (*Jahrb f Kinderheilk*

i (G.) et F. **Tourneux**. — Thymus; anatomie, histol physiologie (*Dict. encycl. Sc. méd.*, Paris, 1887, 3e

r — Traitement de la coqueluche par les insuffl *med. journ.*, 15 octobre 1887).

Janin. — Le traitement des rétrécissements de l'œsophage (*La Pratique méd.*, 18 octobre 1887).

Jessett (J. B.). — Tumeurs de la nuque, leur pathogénie et leur traitement (*Med. Reg. Philad.*, 1887, 1, 601, 25, 49).

Krimke. — La cocaïne dans la coqueluche. Manière de s'en servir, quantités à employer (*Deuts. med. Ztg*, n° 86, 27 octobre 1887).

Kyner. — Appareil pour l'air comprimé et raréfié (*The Polyclinic*, oct. 1887).

Langerhans. — Un cas d'ulcération de l'œsophage avec inflammation purulente de la muqueuse (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.* Bd. CXIX, H. 2).

Lowe. — Traitement de la coqueluche par la benzine (*British med. journ.*, 15 octobre 1887).

Kirmisson. — Pathogénie des kystes du sinus maxillaire (*Soc. de Chir.* 19 octobre 1887).

Magitot. — Kystes du maxillaire supérieur (*Soc. de Chir.*, 12 octobre 1887).

Malmsten. — Un cas extraordinaire de tuberculose (*Svenska Lækare Sællskapet Færhandliger*, p. 83, *Hygiea*, juin 1887).

Molitz (F.). — Un cas de fistule cervico-branchiale, unilatérale et complète (Saint-Pétersb., *Med. Woch.*, n° 37, septembre 1887).

Montagu Handfield. — Un cas de myxœdème (*Harveian soc. of London*, in *Brit. med. j.*, 5 novembre 1887, p. 997).

Morris (H.). — Deux cas d'affections de la glande thyroïde, traités l'un par l'excision, l'autre par l'injection salique (*The Lancet*, 24 septembre 1887).

Moiner (K. A. H.). — Examen d'un liquide obtenu par ponction d'une tumeur de la nuque (*Hygiea*, Stockholm, 1887, et IX, 381-386).

Nicolski (D.). — Statistique de la parotide épidémique (*Med. obosren.*, n° 7, 1887, in *Centralb. f. Laryng.*, n° 5, novembre 1887).

Nesser. — Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique (*Rev. méd. de l'Est*, 1er novembre 1887).

Orcel. — Goître kystique (*Soc. des Sc. méd.*, 2 novembre 1887).

Orsel. — Sur l'extirpation des goîtres (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, *Lyon méd.*, 20 nov. 1887).

Reverdin. — Note sur quatre cas de thyroïdectomie (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1887, n. s., XIII, 307).

Richards. — Un cas d'abcès rétro-œsophagien (*The Lancet*, 1er oct. 1887).

Richardson. — Possibilité d'opérer par l'œsophage dans l'estomac (*The Lancet*, 8 octobre 1887).

Rolland. — Quelques considérations sur l'utilité de la laryngologie, de la rhinologie (*Gaz. méd. de Montréal*, septembre 1887).

Rusconi. — Cachexie strumiprive et myxœdème (*Gaz. degli Osp.* 5 et 9 octobre 1887).

Sanquirico e Orechia. — Conséquence de l'extirpation de la glande thyroïde chez l'agneau et chez le loup (*Gaz. degli Ospitali*, 19 octobre 1887).

Scott. — Tumeur maligne de l'œsophage (*The Lancet*, 8 octobre 1887).

Schawen (Will. V.). — De l'iodol (*Inaug. Dissert. Wurzburg. Bonitas Bauer*, 1887).

Sighicelli. — Le corps thyroïde et l'épilepsie (*Assoc. méd. italienne*, session de Pavie, 1887).

Stewart (J.). — Myxœdème survenu dans le cours d'une tétanie *Canada M. and. S. Journ.*, Montréal 1887-8, XVI, 70-75).

Tassi (E). — Extirpation d'un néoplasme de la glande thyroïde (*I Accad. med. di Roma*, 1886-7, XIII, 18, 23, et Spallanzani, Roma

Tissier. — Rétrécissement de l'œsophage et tuberculose (*A l'oreille, etc.*, n° 11, 9 novembre 1887).

Treves. — Tumeur cartilagineuse congénitale du cou (*Pathol. sc don*, in *Brit. med. j.*, 5 novembre 1887).

Turnbull. — Des anesthésiques locaux (*The med. and surg.* vembre 1887).

Vigouroux. — Goitre exophtalmique *Progrès médical*, 22 octo

Vogel. — Pathologie et thérapeutique de la coqueluche (*Zeits. f.* 12, 1887).

Weil (C.). — Cas rare de kyste sanguin de la région supra- droite chez un enfant de onze mois; extirpation; guérison (*F Woch.*, 1887, XII, 160).

Wœlfer (A.). — Traitement chirurgical du goître (Berlin, 1887 schwald, 90 p).

Zielewicz. — Un cas de myxœdème avec stomatite et hépatite i (*Berl. Klin. Woch.*, 1887, XXIV, 400).

NÉCROLOGIE

Rafaël Ariza.

La laryngologie et l'otologie viennent encore de perdre un d fervents adeptes. Le Dr R. Ariza, de Madrid, a succombé le dernier, à l'âge de soixante-un ans, à Sagastiechea (Guipuzcoa). infatigable, esprit chercheur et avide de nouveauté, bon observ érudit, Ariza a largement contribué à l'expansion de cette s Espagne. Parmi ses nombreuses publications, nous relevons plusi sur la tuberculose laryngée, la paralysie, le cancer et tume gane vocal, sur l'otite moyenne suppurée, l'autophonie, etc., année, dans les conférences faites à l'hôpital de la Princesse, Ariza publiait, sur la laryngologie et l'otologie, une série d'a plusieurs reprises nous avons analysés.

Il collaborait aussi à plusieurs journaux spéciaux de son pay surtout dans *El Siglo medico*, que cet auteur a fait paraî importants travaux.

Sa mort est une perte irréparable que pleure l'Espagne médica regrettent et le pleurent tous ses amis.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol

TABLE DES AUTEURS [1]

TOME VII

1887

(1) Les chiffres romains indiquent la page et les chiffres en italique les travaux originaux.

TABLE DES MATIÈRES (1)

(1) Les chiffres romains indiquent la page et les chiffres en italique les travaux originaux.

O

O

O

O
O

O
O
O

O

O

O

P
P

P

R

ERRATA DU SEPTIÈME VOLUME

Page 290, ligne 19, lire : *fade* au lieu de *fétide*.
Page 292, ligne 23, lire *en dedans*.

Bordeaux. — Imp. Nouv. A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.